ATENÇÃO À SAÚDE DAS FAMÍLIAS
LATINO-AMERICANAS:
ABORDAGENS TEÓRICAS E PRÁTICAS NA EDUCAÇÃO
Javier Isidro Rodríguez López
Eda Schwartz
Fernanda Lise
(Organizadores)
UFFS
EDITORA

ATENÇÃO À SAÚDE DAS FAMÍLIAS LATINO-AMERICANAS:

ABORDAGENS TEÓRICAS E PRÁTICAS NA EDUCAÇÃO

Javier Isidro Rodríguez López
Eda Schwartz
Fernanda Lise
(Organizadores)

UNIVERSIDADE
FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL

Revisão dos textos **Autores**
MCP da Costa Design Editorial

Preparação
e revisão final **Marlei Maria Diedrich**

Projeto gráfico
e diagramação **Paolo Marlorgio Studio**

Capa **Gráfica Editora Formulários Contínuos e Etiquetas F & F LTDA**

Divulgação **Diretoria de Comunicação Social**

Formatos **e-Pub e PDF**

A864 Atenção à saúde das famílias latino-americanas: abordagens teóricas e práticas na educação / Javier Isidro Rodríguez López, Eda Schwartz, Fernanda Lise (org.) – Chapecó : UFFS, 2022.

Dados eletrônicos.
Inclui bibliografia.
ISBN: 978-65-5019-055-2 (PDF).
978-65-5019-056-9 (EPUB).

1. Famílias - Saúde e higiene. 2. Saúde. 3. Educação. I. López, Javier Isidro Rodríguez (org.). II. Schwartz, Eda (org.). III. Lise, Fernanda (org.). IV. Título.

CDD: 613.071

Ficha catalográfica elaborada pela
Divisão de Bibliotecas – UFFS
Vanusa Maciel CRB - 14/1478

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

Este livro é fruto da união de experiências de profissionais da saúde e tem como objetivo apresentar abordagens teóricas e práticas de educação em saúde nas diferentes etapas do ciclo de desenvolvimento em distintos cenários da atenção à saúde das famílias latino-americanas. A partir da necessidade de fomentar a discussão e divulgar as experiências de educação em saúde, teve início a organização deste livro no início de 2020, apoiado em recomendações internacionais dos Ministérios da Saúde dos países latino-americanos, nas diretrizes para formação profissional em saúde da família da *International Family Nursing Association* (IFNA), nos objetivos da Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável da ONU, bem como nas melhores evidências em saúde da família, oriundas de pesquisas científicas. Esse movimento levou à criação da Rede Latino-americana de Enfermagem de Família liderada pela Universidade Federal de Pelotas do Brasil, Universidade de La República, do Uruguai e a Fundação Growing Up, da Colômbia. Essa rede reúne mais de 130 profissionais com o propósito de promover avanços na área de enfermagem de família, dar visibilidade e difundir conhecimentos teóricos, práticos e de pesquisa voltado à saúde das famílias.

Considerando que as famílias latino-americanas possuem características culturais únicas, com valores, símbolos, normas e práticas que influenciam o cuidado da saúde de seus membros. Justifica-se a importância de divulgar experiências exitosas de educação em saúde, pois como afirma Paulo Freire, não é possível educar sem uma compreensão de nós mesmos como seres históricos, políticos, sociais e culturais. Além disso, 25 milhões de latino-americanos vivem fora de seu país de origem, o que implica a necessidade de que o profissional de saúde desenvolva competências para cuidar das famílias e oferecer um cuidado culturalmente sensível em sua prática, como recomendado pela *International Family Nursing Association* (IFNA).

Para atender a essa demanda, no contexto brasileiro, de acordo com a Associação Brasileira de Enfermagem de Família e Comunidade (ABEFACO), são oferecidas cinco residências multiprofissionais em saúde da família e comunidade, mestrados profissionalizantes em saúde da família, além da incorporação da abordagem à saúde da família ao currículo de cursos de graduação da área da saúde. Em Cuba, a especialização em enfermagem familiar e comunitária estabelece 19 competências específicas para o especialista em enfermagem comunitária e 35 atividades relacionadas à consulta da pessoa, família e comunidade com abordagem ao idoso, à população pediátrica, à abordagem familiar, atendimento a condições crônicas, abordando a pesquisa e implementação de material educacional. Na Colômbia, no Chile, México e Uruguai, a especialidade de saúde familiar e comunitária e o mestrado com esta abordagem é uma resposta às demandas sociais desses países.

Cabe salientar que ainda existem inúmeros desafios a serem vencidos, como destacam os objetivos do de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Organização das Nações Unidas (ONU), a qual elencou 17 objetivos, apresentados em 169 metas para o alcance da Agenda 2030 da ONU. Dentre as metas dessa agenda global, se propõem avanços na saúde, como

"garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades". Nesse sentido, pretende-se, nesta obra, que reúne 11 capítulos, escritos por 30 autores e coautores do Brasil, do Chile, da Colômbia, de Cuba, do México e do Uruguai, dar voz às iniciativas preocupadas com o impacto das ações humanas na saúde e no bem-estar das pessoas. Na apresentação dos capítulos foram respeitados os idiomas dos autores e, por isso, foram escritos nos idiomas espanhol e português. Os estudos apresentam os seguintes temas: práticas educativas e de cuidados com a saúde dos indivíduos e famílias em diferentes cenários; formação de médicos e enfermeiros em saúde familiar e comunitária; bioética para o cuidado a saúde; e referenciais teóricos/práticos e de pesquisa para avaliação da saúde da família.

Com o desejo de plantar a semente da motivação, cujo fruto seja a instigação para o aprofundamento dos estudos[1], promoção de mudanças nas suas práticas de educação em saúde, apoiadas em evidências científicas e prática, para o alcance do bem-estar das famílias latino-americanas, convidamos à leitura.

Javier Isidro Rodríguez López
Eda Schwartz
Fernanda Lise

1 Agradecemos a Editora UFFS, da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), por apoiar a divulgação dessas experiências.

CAPÍTULO 1

FORMANDO MÉDICOS Y ENFERMERAS EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

Javier Isidro Rodríguez López [1]
Karla Ivonne Mijangos Fuentes [2]

1 Introducción

En la evolución de la atención a los enfermos predominó el modelo mágico religioso y la teoría de los humores para el proceso salud – enfermedad. Para el siglo XIX, Richard Bright indicó un esquema para examinar, clasificar y tratar las enfermedades desde un enfoque centrado en la patología y unido a ello la integración del método científico considerando la enfermedad como el aspecto que solo se puede determinar por procedimientos basados en ese modelo (Vergara, 2007).

Desde el avance tecnológico y especialización de las labores en los últimos siglos, esto ha impactado en la fragmentación de las profesiones de medicina y enfermería hacia un modelo biomédico. Para los últimos decenios, estas disciplinas se han estado permeado por los cambios sociales, políticos, económicos y ambientales discutidos en este último siglo de la humanidad, pasando de un proceso de formación y laboral desde un enfoque clínico predominante e histórico a una era que va avanzando hacía una atención individual, colectiva y familiar que incluye las dimensiones psicológica, emocional, funcional, social y ambiental. Es en este panorama, donde se materializa la necesidad de un nuevo médico y enfermera, capaz de integrar los avances de la ciencias de la salud teniendo mayor sensibilidad hacía el trato con seres humanos y vidas, enfatizando en la necesidad de reforzar el componente social de la formación profesional y promover la integralidad de la atención (Rivero et al., 2010).

La salud familiar como parte de la medicina familiar ha adoptado el modelo biopsicosocial propuesto por Engel (1977), como una propuesta de atención caracterizada por la continuidad temporal y multigeneracional. En la actualidad, esto aporta a las profesiones de medicina y enfermería permitiendo la construcción de un cuerpo de conocimientos, habilidades, técnicas y valores que orientan la práctica en el marco del compromiso con las personas, teniendo en

1 Enfermero Fundación Universitaria del Área Andina, Especialista en Gerencia de Instituciones de Salud, Magíster en Gestión Empresarial Ambiental Universidad El Bosque, Becario Conacyt del Doctorado en Ciencias de Enfermería de la Universidad de Guanajuato, Representante Legal de Growing Up Foundation. Docente, Facultad de Medicina de la Universidad Antonio Nariño. Correo electrónico: javierisidrorodriguezl@gmail.com

2 Licenciada en Enfermería (Universidad de la Sierra Sur). Enfermera especialista en Pediatría (Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla). Enfermera Magíster en Investigación y Rol Avanzado en Enfermería (Universidad de Navarra). Becaria Conacyt del Doctorado en Ciencias Sociales (Universidad Autónoma del Estado de México). Líneas de investigación: sociología de la salud y de la enfermería, representaciones sociales, salud indígena, metodología cuantitativa y cualitativa. Correo electrónico: kaivo8416@gmail.com

cuenta su contexto, sus determinantes, conociendo su territorio e identificando la red de apoyo familiar, social y comunitaria. Allí, el contacto, comunicación e interacción en la consulta, en el domicilio o en la institución de salud permiten una ocasión ideal para tomar la importancia del conocimiento de las realidades de las personas, para realizar una adecuada gestión de su atención, educación y seguimiento preventivo.

A pesar de la influencia del avance de la medicina social en la evolución de los modelos de salud-enfermedad, acercándolos a las realidades de las personas y dando lugar a la aparición de modelos que permiten comprender las realidades de la salud, como: los determinantes sociales de la salud, el modelo ecológico de la salud, el enfoque ecosistémico de la salud y muchos más desarrollados en los últimos 50 años (Hadjez Berríos, 2013), aún el enfoque biomédico sigue predominando en la práctica de las ciencias de la salud debido a las enseñanzas en las universidades, donde el proceso de formación está totalmente fragmentado, centrado en las enfermedades y los procedimientos, además de incluir un área de salud y sociedad no garantiza la claridad en los roles, la organización de los sistemas de salud y las demandas de los usuarios en relación con su imaginario social de salud.

El pensar en un modelo biopsicosocial (Engel, 1977; Hadjez Berríos, 2013), donde se valora el significado de enfermar con un proceso histórico de construcción evolutivo del paciente trasciende a otras esferas del ser humano viendo a la salud y enfermedad como un proceso continuo además, la salud no es un producto, ni un estado, sino un proceso multidimensional en el cual interactúan permanentemente sistemas biológicos, psicológicos, sociales, culturales, familiares y ambientales. En ese orden de ideas, se da lugar a un cambio significativo en la función del profesional de la salud desde una perspectiva de "curación de la enfermedad" a otra de "cuidado de la salud" y se integra la importancia de considerar a la persona enferma en su contexto vital, haciendo necesario considerar los aspectos de múltiples dimensiones ya mencionados para reconocer la forma como se experimenta, se relata y se expresa la enfermedad en la persona y su familia.

En esa misma línea, la Organización Panamericana de la Salud - OPS, ha señalado el desfase existente entre el perfil de formación sanitaria, las políticas públicas de salud, los débiles procesos formativos y rígidos procesos pedagógicos actuales, además del poco compromiso de las instituciones de salud ante la cualificación del capital humano en aspectos sociales y comunitarios (Rodríguez, 1994). También se menciona sobre la relevancia de integrar las actividades docentes y asistenciales en el marco de la estrategia de Atención Primaria de la Salud como una oportunidad de investigación y aprendizaje de los problemas de salud de la población, así como una posibilidad expedita de expresar en acciones concretas el concepto de responsabilidad social universitaria.

Desde inicios del siglo XXI el Ministerio de Salud en Colombia ha venido planteando la necesidad de acercar a las facultades de salud sobre el proceso de formación en el país del médico y enfermera con experticia, especialidad, abordaje de familia y comunidad, enfatizando en los modelos de atención, estrategias educativas que integren las diversas dimensiones de la

salud y la vida, además de generar capacidad resolutiva en los niveles de atención primaria con programas de salud familiar y comunitaria fundamentados en herramientas para su abordaje (Jara, 2002). Es por ello, que se ha generado el programa nacional de salud en medicina familiar y comunitaria, el modelo de atención integral en salud y las rutas integrales de atención en salud en los últimos años (Programa Nacional de Salud Medicina Familiar y Comunitaria, 2015; Resolución 3202, 2016).

En consonancia con lo expresado hasta aquí, las universidades no se han quedado atrás, y a través de sus facultades de salud han establecido en sus estrategias la vinculación de la atención al cuidado humano, integral y colectivo queriendo desarrollar las competencias que requieren estas orientaciones internacionales y nacionales, es por ello que en este contexto, el objetivo es analizar desde la reflexión docente los procesos de formación en salud familiar y comunitaria de estudiantes de medicina y enfermería en cuatro contextos universitarios en Colombia entre los años 2009 a 2022.

2 Desarrollo

Se desarrolló una investigación cualitativa, tomando como base la narrativa pedagógica (Suárez et al., 2004; Suarez & Ochoa, 2005) para la reflexión y sistematización (Villa Holguín, 2019) en un caso docente, tomando como referente los planteamientos de (Audirac, 2011) en los siguientes variables (Figura 1) que se encuentran en la parte interna de la imagen y que, para este proceso de sistematización, se han denominado en una categoría llamada contexto del docente e institucional. En la parte externa se encuentra lo que se denomina los elementos de lo que hemos denominado el proceso de sistematización.
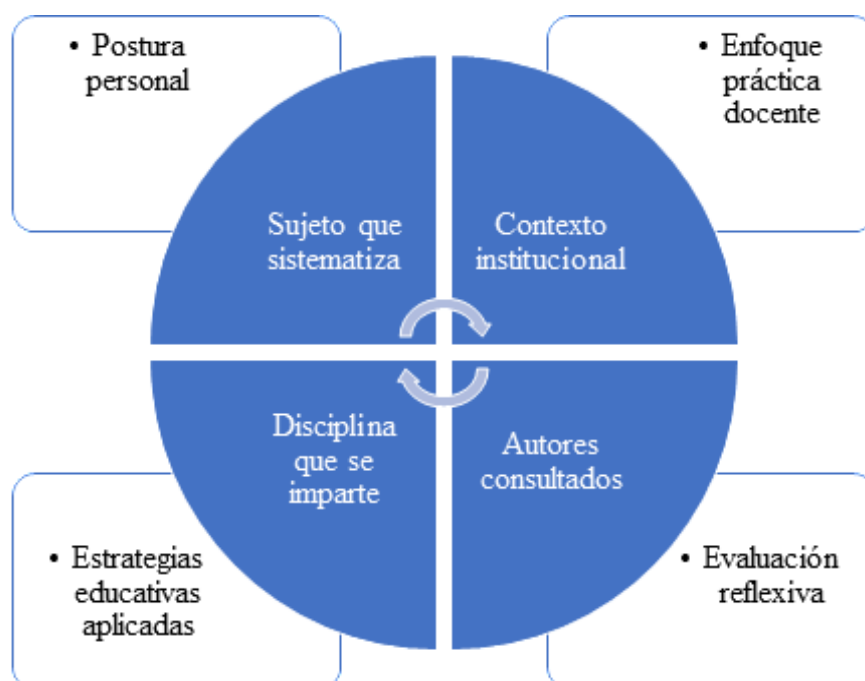
Figura 1. Modelo de sistematización docente
Fuente: Tomado de Audirac (2011).

Se realizó una reflexión docente entre los años 2009 a 2022 en cuatro instituciones de educación superior, abordando la formación en las carreras de medicina y enfermería en las asignaturas de cuidado a la familia, promoción de la salud, proyectos sociales para enfermería, medicina familiar y comunitaria, educación para el desarrollo sostenible y profundización en atención primaria en salud (Tabla 1).

Tabla 1.
Asignaturas objeto a sistematizar la experiencia docente

Nombre de la asignatura	Metodología	Año	Carrera	Modalidad	Institución
Promoción de la salud	Práctica	2009	Enfermería	Presencial	Fundación Universitaria del Área Andina
Proyectos sociales para enfermería	Práctica	2010 – 2011	Enfermería	Presencial	Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales
Medicina Familiar y Comunitaria I	Teórico – práctica	2011 – 2013	Medicina	Presencial	Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales
Medicina Familiar y Comunitaria III	Teórico – práctica	2011 – 2014	Medicina	Presencial	Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales
Electiva Educación para el Desarrollo Sostenible	Teórica	2012 – 2014	Medicina	Virtual	Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales
Electiva Educación para el Desarrollo Sostenible	Teórica	2015 – 2018	Enfermería	Virtual	Fundación Universitaria del Área Andina
Cuidado a la persona y familia en el entorno comunitario	Práctica	2020	Enfermería	Virtual	Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud
Profundización Atención Primaria en Salud II	Teórico – práctica	2020 – 2022	Medicina	Presencial y Virtual	Universidad Antonio Nariño

Fuente: elaboración propia (2021).

2.1 Contexto del docente e institucional

El docente que sistematiza esta experiencia cuenta con formación profesional en enfermería, educación posgradual en gerencia de instituciones de salud, maestría en gestión empresarial ambiental y actualmente es doctorando en ciencias de enfermería; además cuenta con preparación continúa en cursos de sustentabilidad. Su experiencia laboral es de diecisiete años en ejecución de proyectos sociales con jóvenes y su participación política, deportiva, y cultural; liderazgo de entidades de representación comunitaria con diversas iniciativas de mejoramiento de las necesidades de las poblaciones, representación de organismos no gubernamentales y procesos de educación ambiental en la comunidad, el sector educativo universitario y microempresarial. En cuanto la experiencia profesional como enfermero ha estado en el ámbito clínico y coordinación del equipo de enfermería. Su experiencia educativa

es de trece años en áreas administrativas y académicas a través de cinco instituciones de educación superior en México y Colombia en los programas de licenciatura en medicina, enfermería, ciencias ambientales y posgrados en alta calidad y gerencia de enfermería. Además, ha brindado acompañamiento científico en proyectos, grupos y tutorías de investigación en las áreas de liderazgo, hospitales verdes, educación para la sustentabilidad, educación ambiental comunitaria, turismo de salud sustentable, salud pública, salud laboral y enfermería.

El contexto institucional de las experiencias sistematizadas en las cuatro universidades que se trabajaron las asignaturas se ven influenciadas por los diferentes elementos que soportan sus filosofías institucionales orientados al cumplimiento de las funciones sustantivas determinadas para la educación superior colombiana que son la docencia, investigación y extensión (Ministerio de Educación Nacional, 2012). Las instituciones resaltan la posibilidad de acceso a la educación superior para una formación integral con una perspectiva social, plural, democrática, humanista, crítica, que permanentemente contribuye a los problemas de las comunidades colombianas a través de la generación y transferencia de conocimiento. También, el desarrollo de proyectos y escalamiento político, todo lo anterior para contribuir a la calidad de vida y el desarrollo sostenible local, regional, nacional y global. Estas orientaciones han influido en la manera como el autor ha enfocado el proceso educativo y el papel docente a una manera de ser y hacer en la coherencia del planteamiento institucional desde el discurso a una práctica cotidiana, de igual manera los programas académicos de medicina y enfermería están conectados con esta filosofía institucional por lo tanto siempre lleva a que esté en la búsqueda de estos planteamientos a través de sus acciones y planes de estudio.

Teniendo en cuenta este contexto personal e institucional como profesional y ciudadano que ha estado en contacto permanente con los procesos sociales, comunitarios y políticos de los territorios en la ciudad de Bogotá D.C en las asignaturas que ha impartido ha integrado en sus prácticas y estrategias docentes, valores sociales, teorías, metodologías y herramientas que tienen como factor común la salud pública, atención primaria en salud, salud familiar, salud comunitaria, salud social, salud ambiental y salud colectiva, la profundidad de estas varían de acuerdo al alcance metodológico, modalidad de dictado, dedicación en tiempo, competencias a desarrollar, semestre trabajado y organización del área encargada de la asignatura.

Entre los retos del desarrollo de cada asignatura en el proceso educativo se encuentran los siguientes aspectos:

1. Logro de los planteamientos institucionales.
2. Mejoramiento continuo tanto temático como pedagógico y didáctico.
3. Programas y proyectos en el aula.
4. Formación permanente del docente y compañeros de trabajo.
5. Evaluación de los impactos formativos.
6. Presencia permanente en la teoría y práctica de los valores sociales e institucionales.
7. Proceso de retroalimentación en el equipo de trabajo de estudiantes, docentes y comunidades.

8. Cambio y actualización permanente de acuerdo con las dinámicas sociales, económicas, políticas, ambientales.
9. Facilitar la búsqueda del crecimiento personal, colectivo y profesional de los estudiantes y docentes.

En los aspectos estructurales y académicos, se dictaron 8 asignaturas entre el año 2009 al 2022 a continuación se detalla, los estudiantes de diversos semestres que van de I a IX, además de los periodos desarrollados y la integración de aspectos de familia, ambiente y comunidad (Tabla 2).

Tabla 2
Aspectos estructurales y académicos de las asignaturas analizadas

Nombre de la asignatura	Carrera	N.º de periodos	Promedio de alumnos	Integración temas de familia y comunidad	Integración temas ambientales
Promoción de la salud	Enfermería	1	20	Práctica en contextos locales asignados por la Facultad, y cuyo eje central es el abordaje a la familia desde su interacción con los procesos sociales de la comunidad	Identificación de ecosistemas y riesgos ambientales para la salud
Proyectos sociales para enfermería	Enfermería	3	30	Teoría y práctica que se enfatiza en la salud colectiva, la gestión de proyectos y la interacción con organismos de gobierno en el espacio local asignado por la Facultad	Ambiente como determinante de salud y orientación de proyectos que priorizan los aspectos ambientales para las comunidades
Medicina Familiar y Comunitaria I	Medicina	4	40	Teoría y práctica de la evolución de los modelos de salud, aplicación a contextos locales del enfoque ecosalud para las realidades de las poblaciones indígenas y valoración de los contextos locales del estudiante	Casos de análisis de ecosalud a situaciones de contaminación ambiental en poblaciones
Medicina Familiar y Comunitaria III	Medicina	8	45	Teoría y práctica de la evolución de los modelos de salud, aplicación a contextos locales del enfoque ecosalud para las realidades de las poblaciones locales del estudiante	Conceptualización, determinantes de salud ambiental, toxicología ambiental, normatividad en salud ambiental, proyectos sociales ambientales

Electiva Educación para el Desarrollo Sostenible	Medicina	6	30	Teoría de las dimensiones de la educación para el desarrollo sostenible con su dimensión social y cultural	Dimensión ambiental y salud de la educación para el desarrollo sostenible
Electiva Educación para el Desarrollo Sostenible	Enfermería	6	20	Teoría y práctica de las dimensiones de la educación para el desarrollo sostenible con su dimensión social y cultural, abordaje de los contextos locales del estudiante	Dimensión ambiental y salud de la educación para el desarrollo sostenible
Cuidado a la persona y familia en el entorno comunitario	Enfermería	1	15	Práctica en contextos locales de los estudiantes, su eje central es el abordaje a la familia desde su interacción con los procesos sociales de la comunidad	Identificación de riesgos ambientales para la salud y proceso de enfermería
Profundización Atención Primaria en Salud II	Medicina	5	35	Teoría y práctica, en el abordaje de herramientas de salud familiar y comunitaria, procesos de medicina basada en la evidencia y diseños de intervención en proyectos sociales con exploración del contexto a intervenir por parte del estudiante y docentes de la línea de profundización en APS I y III	Conceptos salud ambiental, entornos saludables Entornos ambientales de la vivienda y ecosalud Atención primaria ambiental

Fuente: elaboración propia (2021).

En todos los espacios formativos de las diferentes asignaturas se presentó la posibilidad de ir mejorando y construyendo los aspectos teóricos y prácticos, la adaptación de contenidos que permitan aportar a los retos actuales de la salud pública, el desarrollo sostenible la educación para el desarrollo sostenible y la Agenda 2030 como parte fundamental de los contextos familiares, sociales y comunitarios, así como la experticia del docente. Los temas de salud fueron cambiando de acuerdo con la evolución normativa que ha venido presentando Colombia desde las reformas adicionales a la ley general de salud, donde se ha ido incluyendo cada vez más la salud pública, el enfoque familiar y comunitario, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la gobernanza y participación de las poblaciones. Se presentaron cambios importantes de acuerdo a lo planteado en el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 (Plan Decenal de Salud Pública, 2013), las normativas de salud ambiental dadas entre el 2008 a la

actualidad (Documento Conpes 3550, 2008), la Política de Atención Integral en Salud y la generación de las actuales rutas integradas en salud (Resolución 3202, 2016).

Al inicio de la experiencia docente los autores que se consultaban respecto a procesos formativos y el conocimiento se basaron en la experiencia profesional del docente, acompañada del acervo bibliográfico presentado en la asignatura, en el proceso el ir conectando con la documentación institucional para orientar la práctica formativa, en la que se dio un sentido educativo basado en las teorías educativas que soportan el modelo formativo de cada programa académico. En el proceso se contó con el espacio de revisión teórica y reflexiva en colectivo de las realidades de sus territorios por lo cual estas evidencias de todos los territorios de la ciudad y el departamento donde los estudiantes vivían se convertían en fuentes de información real y local.

Por otra parte, la facilidad de formación continua por parte del docente, el compartir con redes de conocimiento, científicas y tener contacto con referentes locales de salud en los territorios permite ese aporte especializado, además de las fuentes primarias revisadas de la evidencia científica en artículos publicados.

2.2 Proceso de sistematización

En el proceso docente hay que comprender sus diversos momentos evolutivos en el desempeño del rol que de acuerdo a De Vicente (2002) citado en (Audirac, 2011), se encuentran organizadas las etapas que se resaltan a continuación (Tabla 3).

Tabla 3.
Evolución y etapas docentes del autor de la experiencia

Etapas	Experiencia evolución docente	Años
Inicial	Docente explorando su vocación, acompañado por coordinación de área con amplia formación en la temática. Cercanía y retos con los jóvenes y adultos en formación por su edad cercana al docente.	2009 - 2010
Ajuste	Proceso de integración al colectivo docente del área de salud y sociedad. Se presenta mayor rigurosidad, orden, control y autoritarismo por la temática y condiciones de la clase, basado siempre en la evaluación, seguimiento y control por el área que lo coordina.	2011 - 2012
Atención	Se toma mayor conciencia del procesos educativo y formativo, se detalla más en los procesos de enseñanza lo cual va reestructurando su asignatura, las metodologías, didáctica, formas evaluativas que conecten a la generación de competencias en salud familiar, comunitaria y ambiental.	2013 - 2018
Madurez	Se presenta una actualización constante basada en la evidencia, replica su conocimiento generado de los diversos procesos educativos, investigativos y resultado de la interacción social. Se centra en el proceso de aprendizaje y el desarrollo de la persona.	2018 - 2022
Actualmente el autor se encuentra en una etapa de madurez		

Fuente: Adecuada de Audirac (2011).

2.3 Postura personal ante la educación

El primer contacto con los estudiantes es fundamental ya que allí se transmiten muchos aspectos personales como lo son la postura, la forma de comunicar, de vestir y sus opiniones que pueden influir en la forma de seguir avanzando en el proceso formativo del estudiante. Los valores que refleja el docente son sus bases para conectar con los principios y valores institucionales, los planteamientos de la carrera y la asignatura.

Como parte de los aspectos personales que traía previamente infundió en las dinámicas de la clase con valores sociales relacionados con la confianza, responsabilidad, honestidad, el respeto, la solidaridad, apoyo social, gratitud y el conocimiento. El aprendizaje del docente en su especialidad de abordaje comunitario de base social le dio la oportunidad de conocer profundamente los temas desde la parte práctica, inclusive acciones que conocía y practicaba de manera empírica encontrando que tenía su fundamento teórico como conceptual, esto luego se fue consolidando al conocer la asignatura, manteniendo al día los desarrollos sobre las temáticas, promoviendo tener invitados nacionales e internacionales que complementaban lo visto en el aula.

Al inicio vincular aspectos ambientales, económicos, políticos, culturales a los temas de salud eran una barrera, que en la medida que se enseñaba su importancia para su interacción práctica con los actores sociales de una comunidad veían la necesidad de ampliar este conocimiento, luego se mejoraron las estrategias didácticas para una mayor comprensión, entendimiento conceptual, luego su reflexión y finalmente su puesta en práctica.

Posterior a este ejercicio, se permitió que el estudiante lograra la capacidad de proponer modelos de abordaje familiar, comunitario y ambiental de acuerdo con las realidades de su territorio, usando eficazmente la teoría vista en la asignatura. Siempre se tuvo la posibilidad de ser escuchados abiertamente en clase, tutorías, espacios académicos y medios virtuales, con el fin de tener equidad en el trato y llevar todos a un proceso homogéneo de formación respetando su diversidad y el valor intrínseco que tiene cada experiencia previa y vivencia del estudiante, esto permitió mayor confianza para el desarrollo de sus capacidades, logrando en sus diferentes fases de formación teórica, teórica – práctica o práctica al aprehensión del conocimiento en salud familiar y comunitaria.

La autoridad en el aula de clase durante las primeras experiencias se dio de manera estructurada y rígida, pero luego con las habilidades, formación y experiencia del docente se abrieron espacios de concertación y diálogo con los estudiantes para conectarlos con la importancia del tema para su rol profesional sea medicina o enfermería. La consolidación de la asignatura se dio en la parte práctica en compañía de las habilidades de gestión, comunicación por parte del docente con los actores sociales de los lugares de práctica lo que permitió generar esa confianza y ratificación que las orientaciones dadas en la teoría para llevar buenos resultados en sus trabajos colaborativos y en los abordajes de familias y comunidades. Por otro lado, en una fase ya más avanzada del ciclo de vida como docente donde soporta con evidencia publicada

de los procesos de salud, familia y ambiente propios de sus investigaciones, proyectos de extensión e internacionalización, se consolida aún más esa autoridad en los cursos actuales. Así, la generación del conocimiento por parte del docente, transmitirlo desde su propia experiencia es uno de los aspectos de mayor relevancia para generar esta autoridad (Pozuelos & Trave, 2004), a eso se le suma su comunicación e imagen.

Otras formas de consolidar el proceso de formación es contar con un buen orden desde la planeación de las clases semanas previas, concertación del itinerario preliminar semana a semana, organización de los momentos formativos, reflexivos, prácticos, propositivos y evaluativos esto, además de reflejar orden y evidencia al estudiante, va más allá de tener un listado de temas, todo esto requiere una visión global, pero específica a la vez donde la imaginación, la experiencia y el conocimiento va logrando el impacto positivo de cada asignatura.

La metodología de enseñanza que más se ha trabajado en las clases presenciales es el trabajo cooperativo generando conciencia en el grupo, siempre estableciendo objetivos comunes y concertación desde el inicio de la asignatura para el logro de las competencias que sería el resultado final de la formación (Vilches & Gil Perez, 2012). Finalmente, en su fase práctica siempre van a generar espacios de cooperación con las familias y comunidades por lo cual lo van practicando desde el aula basados en los valores ya resaltados por el docente.

El cambiar la forma del aula en un espacio donde todos se vieran de frente se les denominó "círculos reflexivos" en la teoría denominados círculos de aprendizaje (Guerra, 2018), donde a la clase llegaban las realidades de las vivencias sobre aspectos de familia, sociedad, ambiente, cultura, aspectos profesionales, laborales y políticos de sus entornos cercanos donde han vivido meses, años, inclusive hasta 45 años en el caso del estudiante de más avanzada edad que he logrado orientar. Allí se construye el propio significado de la salud, aprendiendo todos de todos, resaltando siempre que el texto más amplio verificado en el aula fue la experiencia vivida por los estudiantes y docentes, relatados en estos espacios reflexivos.

Se logra con esta forma de clase la recuperación de la memoria del territorio social, reconocer el lugar donde conviven, luego en los casos más avanzados lograr la manifestación "quiero hacer algo donde vivo" para poner en práctica el conocimiento adquirido o aprender del aprendizaje popular y escuela social que son cada una de las personas de cada territorio (Ballesteros et al., 2014). Se dejan de lado las diferencias haciendo todo parte de un mismo aprendizaje y construcción colectiva.

La forma de trabajar en grupos permite el acompañamiento de los estudiantes más avanzados a los otros, ya que al acercarse entre ellos van tomando formas de comunicarse, elementos de toma de decisiones, habilidades sociales y capacidades para la resolución de problemas, esta interacción permite un crecimiento personal como parte del "ser" del profesional en formación. También esta logra desarrollar un pensamiento crítico, discusión y colaboración en una responsabilidad compartida haciendo familia, comunidad en el aula donde luego lo reflejaban en la acción para su misma morada "territorio local".

2.4 Enfoque de práctica docente

La educación centrada en el aprendizaje (Navarro et al., 2008) es el enfoque elegido en la mayoría de las experiencias de aula desarrolladas en esta experiencia para la formación en salud familiar y comunitaria, haciendo que el estudiante adquiera mayor conciencia de su proceso en el aula y fuera de ella teniendo en cuenta que más allá de tener aspectos teóricos para replicar con sus usuarios es una temática que va vivir día a día en su realidad como persona y ciudadano.

Es por ello, del interés en profundizar en la salud familiar y comunitaria e ir más allá de los aspectos básicos procedimentales. Es necesario la búsqueda de conexión con otros temas de orden social, político, económico y ambiental. Este reto de ampliar los procesos de aprendizaje genera complejidad al inicio tanto para el docente que esté en una etapa inicial como para el estudiante implicando mayor esfuerzo cognitivo, así que una forma de mediar y una posibilidad de logro conjunta se realiza a través de estrategias didácticas acordes a lo que se va a enseñar y las realidades cotidianas como parte de una sociedad.

Desarrollado lo anterior permitirá la posibilidad de cambio en las conductas, creencias e interpretaciones, pero siempre se presentarán situaciones donde es importante abrir el espacio para que el estudiante manifieste el no comprender aspectos de su proceso de aprendizaje sin que este sea un proceso evaluativo, por el contrario, genere la oportunidad de motivar fomentando asombro e interés en el aprendizaje para estar acorde a lo que se esté avanzando en el tema. En el caso del docente debe tener la capacidad de brindar este espacio, comprender la situación y orientar de una manera motivada al logró efectivo del estudiante, por otra parte, sin importar la experiencia del docente, debe tener la capacidad de reconocer que hay aspectos que no sabe, dónde tenga esa capacidad de asombrarse para aprender, como la primera experiencia formativa que le acercó al tema que está impartiendo actualmente, ese momento sin barreras y límites. Todo esto también se da en una dinámica familiar y comunitaria cotidiana por tanto no es nada nuevo, tan solo lo llevamos al aula.

El docente que se encuentra en una etapa inicial y de ajuste, como los estudiantes que están en primeros semestres no son conscientes que tener más información no es una garantía de aprender y tener habilidades, además, de generar capacidades colaborativas, es importante no dejarse llevar por el dar y recibir tema permanentemente, es la capacidad de tener las herramientas adecuadas con el conocimiento preciso contextualizar a las realidades que se viven. Al llegar a abordar las familias y comunidades pasa lo mismo, sumando el hecho que estas personas están saturadas de trabajo, roles, condiciones sociales, económicas entre otras más va a llevar que no tengan la capacidad de atender y aprehender todo lo que se les lleva en un abordaje de salud, por el contrario, el resultado es la saturación de información llevándolos al agotamiento del estudiante.

Generar estos espacios de respuesta colectiva son fundamentales para construir desde las múltiples experiencias de vida, donde todas se vuelven un tesoro que van a ir orientando a la respuesta, esto es algo que el docente debe comprender que él no tiene la respuesta a todo. Brindando esta oportunidad enseña al estudiante a transferirlo a las familias y espacios

comunitarios que atiende, siempre dando espacios de diálogos y respuestas colectivas esenciales para estos abordajes. Para lograr lo anterior se requiere una conexión entre los sentimientos, emociones, actitudes conectadas que, a su vez con la expresión corporal del docente para poder motivar a sus equipos formativos, y que posteriormente ellos se conecten con el propósito de logró de la asignatura y finalmente lo transmitan en sus experiencias de intervención.

La mejor forma de estimular una familia y comunidad es generar retos colectivos, aprender a trabajar conjuntamente y que la suma de las partes generan mayores resultados que las acciones individuales, con apertura a ir comunicándose, aprendiendo de los demás y reforzando lo que no sé o estoy en proceso de comprender. Esta semejanza debe darse en el aula, aquí damos unos pasos para estimular al estudiante (Figura 2).
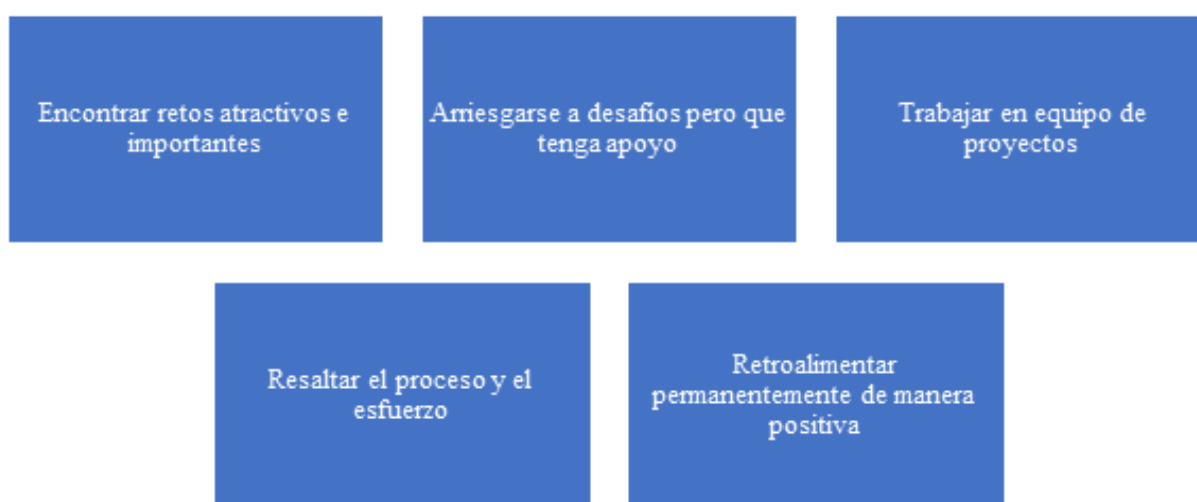
Figura 2. Formas de estimular a los estudiantes
Fuente: elaboración propia (2021).

2.5 Estrategias educativas y evaluativas aplicadas

En muchas ocasiones, los docentes de etapa de ajuste utilizan y aplican una serie importante de esquemas y formatos que se vuelven interminables como lo son: las recomendaciones del curso, plan de acción de la asignatura, calendario de semestre, contrato inicial con el estudiante, reglas de retroalimentación, reportes individuales, grupales, cuestionarios, hojas de observación, formatos de portafolios, entre muchos más, estos son esenciales, mejoran la logística formativa pero hay que saber simplificar y enfocarse a lo importante que es el proceso de aprendizaje del estudiante con el uso de tecnologías y esto no se refiere a las pantallas de presentación, reflectores, cursos en LMS (Learning Management System) básicas o robustas. Las tecnologías más importantes que debe usar el docente sin importar la asignatura son las que construyen el conocimiento, el proceso de aprendizaje y mejoran las dinámicas en el aula, estas se van aprendiendo y adaptando a lo largo de las diferentes etapas como docente. A continuación, se resaltan las que fueron usadas por el docente y cuáles fueron las más efectivas para el logro de la formación en salud familiar y comunitaria en su experiencia particular, teniendo en cuenta las características de cada curso de estudiantes de medicina y enfermería (Tabla 4).

Tabla 4
Estrategias educativas y evaluativas utilizadas en las asignaturas

Nombre de la asignatura	Metodología	Modalidad	Estrategia educativa y evaluativa
Promoción de la salud	Práctica	Presencial	Lectura crítica Diario de campo Cartografía Aprendizaje basado en proyectos Gestión política y social
Proyectos sociales para enfermería	Práctica	Presencial	Lectura crítica Cartografía Club de expertos Círculos de reflexión Diario de campo Aprendizaje basado en proyectos Gestión política y social
Medicina Familiar y Comunitaria I	Teórico – práctica	Presencial	Juego de roles Taller Aprendizaje colaborativo Debates con expertos nacionales e internacionales Aprendizaje basado en proyectos
Medicina Familiar y Comunitaria III	Teórico – práctica	Presencial	Resolución de casos clínicos Diario de campo Cartografía Círculos de reflexión Aprendizaje colaborativo Debates con expertos nacionales e internacionales Aprendizaje basado en proyectos Gestión política y social
Electiva Educación para el Desarrollo Sostenible	Teórica	Virtual	Lectura crítica Casos prácticos Foro Herramientas virtuales Taller
Electiva Educación para el Desarrollo Sostenible	Teórica	Virtual	Lectura crítica Taller Foro Herramientas virtuales
Cuidado a la persona y familia en el entorno comunitario	Práctica	Virtual	Cátedra Juego de roles Herramientas virtuales
Profundización Atención Primaria en Salud II	Teórico – práctica	Presencial y Virtual	Lectura crítica Cartografía Análisis y construcción de casos Aprendizaje colaborativo Herramientas virtuales Debates con expertos nacionales e internacionales Medicina basada en la evidencia para el diseño de propuestas en comunidad Aprendizaje basado en proyectos

Fuente: elaboración propia (2021).

2.5.1 Evaluación reflexiva

En cuanto al alumno estaba siendo evaluado teniendo en cuenta los propósitos de la institución, programa formativo y orientación de la asignatura en su temática de familia y comunidad, este proceso fue evolucionando de acuerdo con el avance histórico de la asignatura y dinámicas de cada grupo. Esto no restaba rigurosidad, orden y evaluación adecuada a las competencias exigidas, las evaluaciones se realizaban de manera grupal, otras de orden individual en especial al inicio para identificar la adecuada conceptualización y reflexión propia por cada estudiante.

El resultado a corto plazo es el logro de lo planteado en la asignatura, luego de los años el docente evidenció que el mayor resultado es la formación de vida, las habilidades sociales y la apertura que se pudo dar para servir como modelo a muchos de los estudiantes donde actualmente gracias a estos espacios desarrollan posgrados en áreas poco comunes en la medicina y enfermería, se han desempeñado en cargos donde desarrollan proyectos públicos, han logrado avanzar como investigadores en temas relacionados con la salud y sociedad, y finalmente varios de ellos siguen en contacto solicitando asesoría y acompañamiento del docente cada vez que una nueva oportunidad se abre.

Una de las limitaciones que se presentaron fueron las evaluaciones de la asignatura y docente ya que la mayoría fue sistematizada a nivel central por parte de las facultades, no teniendo una retroalimentación oportuna, por lo cual se implementó un círculo reflexivo abierto no evaluativo al finalizar cada parte conceptual, reflexiva, práctica y propositiva la evaluación de los propósitos iniciales, las oportunidades de mejora y una nueva concertación entre estudiante y docente.

Se preguntarán qué pasó con las asignaturas, las de educación para el desarrollo sostenible trascendieron a cursos de formación continua, extensión para las comunidades a nivel nacional con organismos gubernamentales. Las relacionadas con medicina familiar sirvieron como detonador para ampliar su replicación en semestres clínicos integrándose con aspectos sociales y comunitarios, se logró posicionamiento en los ámbitos locales con redes académicas y referentes de salud, ambiente, cultura y educación logrando acciones de internacionalización con cátedras internacionales lideradas por el docente y su grupo élite semillero en salud ambiental logrando conjuntamente diversas publicaciones en libros (Aguirre & Rodríguez, 2020; Rodríguez Ramírez et al., 2020), artículos (Pastrán & Rodriguez, 2015; Rodríguez & Ramírez, 2012; Rodríguez López et al., 2015) y eventos (Martínez, 2019; Rodríguez et al., 2011). Las enfocadas en el cuidado de la familia se mantuvieron, en uno de los casos se siguió dando acompañamiento durante varios años para ampliar espacios en proyectos de intervención social en localidades de Bogotá D.C.

La asignatura enfocada a la atención primaria en salud se encuentra actualmente en apoyo con una generación de cultura hacía la APS, cambio de paradigma que ha llevado a una mayor cualificación de su línea de profundización dándose en tres semestres consecutivos, aportando más en el enfoque investigativo eje diferenciador de su programa y con miras a

conformar semilleros y procesos investigativos, además de aportar al nuevo enfoque de un nuevo plan de estudios donde uno de sus aspectos centrales será la atención primaria en salud con enfoque familiar, comunitario y sustentable.

Los temas de contacto con familias y comunidades se han visto limitados por la pandemia Covid-19, más sin embargo actualmente la mayoría de las poblaciones a nivel mundial está conformada por comunidades digitales para cualquier dinámica social inclusive el acompañamiento en salud, por lo cual ha sido un objeto de análisis e interacción para abordar trabajos al respecto de estas dinámicas que se dan a través de la virtualidad, en cuanto a los aspectos formativos se han ido adaptando por parte de los docentes y estudiantes ya que representan dinámicas que no generan interacción, comunicación directa pero que sí facilita el manejo de los tiempos que serán aspectos que se seguirán evaluando para mejorar el proceso de aprendizaje la salud familiar y comunitaria.

3 Consideraciones finales

La anterior experiencia, deja orientaciones para la organización, manejo y estrategias de formación en salud familiar y comunitaria para medicina, enfermería y otras carreras de las ciencias de la salud, adecuándose a sus realidades particulares profesionales, institucionales y propias de cada asignatura.

La formación de médicos y enfermeros en salud familiar y comunitaria requiere una visión global al integrar otros elementos temáticos, disciplinares, sociales y personales para el logro de las competencias que permitan impactos en su actuar ciudadano, profesional y personal. Se evidencia el cumplimiento del propósito de la formación profesional y ciudadana en relación a los planteamientos institucionales propuestos en su filosofía, en las asignaturas abordadas se logró la articulación entre la docencia, investigación y participación social al interior del aula (Rodríguez, 2016). Esto demuestra un modelo a replicar para poder aportar al aula y en los procesos de mejoramiento de calidad con miras a la acreditación de los programas y las instituciones educativas.

Es imprescindible formar profesionales de medicina y enfermería que sean agentes de transformación en su contexto familiar, social, comunitario, laboral y profesional, que puedan realizar un adecuado análisis de sus contextos, que establezcan diálogo con los actores locales, propicien la generación de una construcción colectiva a las necesidades y gestión logística y política para el desarrollo operativo de las respuestas para sus intervenciones.

Finalmente, generar este tipo de reflexiones y sistematización docente permite seguir dando herramientas al docente que inicia y a quien ya lleva un camino y experiencia avanzada, pues siempre será necesario evaluar el proceso para mejorarlo permanentemente, ahora con la ampliación de los programas de la salud familiar y comunitaria en los países latinoamericanos, se requiere más de este tipo de experiencias para ir adaptando su proceso formativo y cooperativo en el aula.

Referencias

Aguirre, A. L., & Rodríguez, J. I. (2020). Acciones de cultivos saludables reportadas por los miembros de la Red Global de Hospitales Verdes y Saludables. In: J. Restrepo, HF y Rodríguez (Ed.), *Hospitales verdes : un nuevo desafío para América Latina* (Primera, p. 286). Obtenido de: https://digitk.areandina.edu.co/bitstream/handle/areandina/3825/Hospitales verdes.pdf?sequence=5&isAllowed=y

Audirac, C. A. (2011). *Sistematización de la práctica docente* (E. Trillas (ed.); 1a ed.).

Ballesteros, B., Mata, P., & Espinar, C. (2014). Ciudadanía sin escuela. Límites y posibilidades del aprendizaje ciudadano. *Revista Nacional e Internacional de Educación Inclusiva*, *7*(2), 53–68. Obtenido de: https://revistaeducacioninclusiva.es/index.php/REI/article/view/145/139

Documento Conpes 3550, 54 (2008). Obtenido de: https://www.minvivienda.gov.co/sites/default/files/normativa/3550 - 2008.pdf

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, *196*(4286), 129–136. Obtenido de: https://doi.org/10.1126/science.847460

Guerra, K. E. (2018). *Circulos de aprendizaje para mejorar los niveles de logro en matemática en la i. E. José gálvez egúsquiza* [Universidad San Ignacio del Loyola]. Obtenido de: https://repositorio.usil.edu.pe/server/api/core/bitstreams/6e28a99f-7313-4ec5-a302-4db7d3aa2204/content

Hadjez Berríos, E. (2013). Overcoming the biopsychosocial approach to make way for the social and economic health determinants in the family health model. *Medwave*, *13*(01), e5583–e5583. Obtenido de: https://doi.org/10.5867/medwave.2013.01.5583

Jara, M. I. (2002). La formación del personal de salud en Colombia: Un reto a futuro. *Revista Gerencia y Politicas de Salud*, *1*(3), 103–130. Obtenido de: https://www.redalyc.org/pdf/545/54510311.pdf

Martínez, M. (2019). Avances de los hospitales verdes en México, Chile y Colombia. *7° encuentro institucional y 6°. Distrital de semilleros de investigación*. Obtenido de: https://www.ascun.org.co/agenda/detalle/7-encuentro-institucional-y-6-distrital-de-semilleros-de-investigacion

Ministerio de Educación Nacional. (2012). Misiones Académicas para la promoción de la educación superior. *Colombia Destino de Educación Superior de Caliidad*. Obtenido de: https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-310917_archivo_pdf_broshure.pdf

Navarro, L. P., Blanco, Á., Morales, P., & Torre, J. C. (2008). *La enseñanza universitaria centrada en el aprendizaje. Estrategias útiles para el profesorado* (Octaedro S.L (ed.); Primera). Obtenido de: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/143997/1/PRIETO_La-enseñanza-universitaria-centrada-en-el-aprendizaje_p.pdf

Plan Decenal de Salud Pública, Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021 237 (2013). Obtenido de: https://www.minvivienda.gov.co/sites/default/files/documentos/plan-decenal-de-salud.pdf

Programa Nacional de Salud Medicina Familiar y Comunitaria, 46 (2015). Obtenido de: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Programa Nacional Salud Familiar y Comunitaria y Medicina Familiar 200214.pdf

Resolución 3202, (2016). Obtenido de: https://www.redjurista.com/Documents/resolucion_3202_de_2016_ministerio_de_salud_y_proteccion_social.aspx#/

Pastrán, J., & Rodriguez, J. I. (2015). Percepción de los factores de riesgo ambientales que afectan la salud en la comunidad del barrio Bilbao de Suba. *Salud Areandina*, *4*(1). Obtenido de: https://revia.areandina.edu.co/index.php/Nn/article/view/1316

Pozuelos, F. ., & Trave, G. (2004). Aprender investigando, investigar para aprender: el punto de vista de los futuros docentes. Una investigación en el marco de la formación inicial de Magisterio y Psicopedagogía. *La Investigación En La Escuela*, *54*, 4–25. Obtenido de: https://doi.org/10.12795/IE.2004.i54.01

Rivero, O., Marty, I., Morales, M., Salgado, A. E., & Acosta, N. (2010). Historical Background of Family Medicine. *Mediciego*, *16*(2), 1–12. http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/1196/2603

Rodríguez, J. I., & Ramírez, C. I. (2012). Inundaciones Ola Invernal 2011 - 2012. *Área Médica*, *6*(1). Obtenido de: https://repository.udca.edu.co/bitstream/handle/11158/3633/Art. 104.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Rodríguez, J. (2016). Estrategias de formación en salud ambiental para profesionales de la salud en torno a la responsabilidad social universitaria. In: O. Arango, J. Martí, P. Montoya, & I. Puerta (Eds.), *Ética Profesional y Responsabilidad Social Universitaria. Universidad, Sociedad y Sujeto* (1ra ed., p. 44). Obtenido de: https://www.funlam.edu.co/uploads/fondoeditorial/91_Etica_profesional_y_RSU.pdf

Rodríguez, Javier, Acosta, Z., & Gonzalez, L. (2011). Experiencia formativa en salud ambiental proyecto: misioneros de ambiente Barrio Paraíso 2010 – 2011. *Memorias Congreso Panamericano de Salud y Ambiente Universidad Industrial de Santander*. ISBN 978–958–44–9457–3.

Rodríguez López, J., Alfonso, K., & Restrepo, H. (2015). Determinantes de salud ambiental y proceso de intervención comunitaria en una comunidad de la localidad de Barrios Unidos, Bogotá Colombia. *Salud Arendina*, *4*(2). Obtenido de: https://revia.areandina.edu.co/index.php/Nn/article/view/1737/1647

Rodríguez, M. I. (1994). *Lo biologico y lo social: su articulacion en la formacion del personal de salud* (Organizacion Panamericana de la Salud (ed.)).

Rodríguez Ramírez, S., Rodriguez Lopez, J. I., & Góngora Valencia, Y. (2020). Análisis de experiencias de gestión hídrica en las instituciones vinculadas a la Red Global de Hospitales Verdes en Colombia. In J. I. Restrepo, HF y Rodriguez (Ed.), *Hospitales verdes : un nuevo desafío para América Latina* (Primera, pp. 161–186). Obtenido de: https://digitk.areandina.edu.co/bitstream/handle/areandina/3825/Hospitales verdes.pdf?sequence=5&isAllowed=y

Suarez, D., & Ochoa, L. (2005). *La documentación narrativa de experiencias pedagógicas Una estrategia para la formación de docentes* (C. y T. Ministerio de Educación & de la R. Argentina (eds.)). Obtenido de: https://www.dgeip.edu.uy/documentos/2014/aprender/La_documentacion_narrativa_de_experiencias_pedagogicas.pdf

Suárez, D., Ochoa, L., & Dávila, P. (2004). Documentación narrativa de experiencias pedagógicas. *Nodos y Nudos*, *2*(17). Obtenido de: https://doi.org/10.17227/01224328.1228

Vergara, M. del C. (2007). Three historical perspectives on the health-disease process. *Hacia La Promoción de La Salud*, *12*(1), 41–50. Obtenido de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772007000100004&lang=es

Vilches, A., & Gil Perez, D. (2012). El trabajo cooperativo en el aula. *Aula de Innovación Educativa*, *208*, 41–46. Obtenido de: http://crateru1.educa.aragon.es/trabajo_cooperativo_revista_aula208.pdf

Villa Holguín, E. (2019). La sistematización de experiencias, una estrategia de la investigación anti-hegemónica. *El Ágora USB*, *19*(2), 547–557. Obtenido de:https://revistas.usb.edu.co/index.php/Agora/article/view/4389

CAPÍTULO 2

FORMACIÓN UNIVERSITARIA DE ENFERMERAS Y ENFERMEROS EN SALUD FAMILIAR

Aurora Melgarejo Henríquez [1]
Carolina Martinez Luento[2]

1 Introducción

Enfermería, como parte del cuidado, ha incrementado su espacio de conocimiento e intervención de acuerdo con las necesidades que ha tenido la sociedad, formando enfermeras especializadas en los diferentes ámbitos de acción, surgiendo la Salud Familiar, como complementaria al área de Enfermería Comunitaria que constituye una de las bases de la formación disciplinar de la enfermería profesional.

El origen de la Salud Familiar se encuentra en una serie de eventos históricos que le han dado espacio y desarrollo: la Medicina Familiar y la Estrategia de Atención Primaria en Salud. Este reciente modelo de atención de enfoque integral, familiar y comunitario, concibe el cuidado de la salud, como un desarrollo continuo, centrado en el cuidado holístico de las familias, ocupándose de la salud de los individuos de manera previa al desarrollo de enfermedades y proporcionando instrumentos para que las propias personas sean agentes de su autocuidado. Es por eso fundamental que existan profesionales de enfermería con conocimientos y habilidades específicas en el tema, otorgados por un establecimiento de Educación Superior, de manera que sean agentes activos en promover estilos de vida saludables, en fomentar el trabajo multisectorial y en reforzar la responsabilidad familiar y comunitária, para optimizar las condiciones de salud de la población.

En este contexto, el objetivo de este capítulo es describir la formación universitaria de enfermeras y enfermeros en Salud Familiar, una experiencia chilena.

---

1 Académica Departamento Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud y los Alimentos, Universidad del Bío-Bío. Correo electrónico: ahenriquez@ubiobio.cl
Enfermera, Licenciada en Enfermería, Magíster en Salud Pública, mención Educación para la Salud. Se ha desempeñado como enfermera asistencial y gestora en la Atención Primaria de Salud, durante 17 años. Posteriormente pasa a formar parte del Departamento de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío, donde trabaja actualmente, impartiendo las asignaturas del área de Enfermería Comunitaria y Educación en Salud, en actividades de Salud Intercultural, Extensión Universitaria, con la comunidad. También estuvo a cargo de la Dirección de Escuela de Enfermería UBB.

2 Académica Departamento Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud y los Alimentos Universidad del Bío-Bío. Correo electrónico: cluengo@ubiobio.cl
Enfermera, Doctora en Enfermería, Magíster en Salud Pública, mención Gestión en Salud. Se ha desempeñado como enfermera asistencial y gestora en el área hospitalaria y en la Atención Primaria de Salud, durante ocho años. Desde el 2010 a la fecha, trabaja como académica jornada completa del Departamento de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío, impartiendo las asignaturas del área de Gestión en Salud y realizando investigación en gestión y salud laboral. Asimismo, forma parte del claustro de académicos del Magister en Salud Pública de la universidad y desde el año 2022, se desempeña como Directora Departamento Enfermería UBB.

2 Desarrollo

A continuación, se presenta el desarrollo del trabajo, que está estructurado de la siguiente manera:

I. Proceso de formación de Enfermería y Salud familiar.
II. Salud Familiar para Enfermería y Atención Primaria en Salud, declaración Astana (2018).
III. Formación de pregrado en Salud Familiar y Comunitaria para Enfermería.
IV. Profundización y/ o especialización del profesional de enfermería en Salud Familiar y Comunitaria.

I. *Proceso de formación de Enfermería y Salud familiar*

La mayoría de las casas de estudio chilenas, en el área de formación de pregrado, se han inclinado por la modificación de su currículum, migrando hacia programas por competencias que corresponden a un nuevo modo de ver el aprendizaje en cuanto al saber, saber ser y saber hacer. Es así como, la Universidad del Bío-Bío, en Chile, desde el año 2008, ha establecido un modelo educativo que insta a la formación por competencias de los profesionales, lo que ha generado la modificación del currículum y la malla de la carrera de Enfermería que dicta esta casa de estudios. En virtud de ello, se ha querido establecer una progresión e integración de conocimientos, entre los que se encuentran las ciencias básicas y la formación disciplinar en las áreas asistencial, educacional, investigación y gestión. Todas ellas aportan a la formación de un profesional generalista, con conocimientos y habilidades que les permitan cuestionar, buscar información, innovar y gestionar soluciones en cualquier ámbito de la disciplina (Universidad del Bío-Bío, 2010). Dentro de la formación disciplinar, la Enfermería Comunitaria constituye uno de los pilares cuyas bases de formación son amplias y conllevan una mirada holística e interdisciplinaria que permite entregar las herramientas esenciales para un trabajo con enfoque familiar y comunitario en la Atención Primaria de Salud (APS), para dar respuesta a todas las necesidades de la comunidad.

Es importante precisar que la Salud Familiar debe su origen a una serie de eventos históricos que le han dado espacio y desarrollo, tal como la existencia de la Medicina Familiar y posteriormente la Estrategia de Atención Primaria en Salud. Es así que la Medicina Familiar se origina a partir de la Medicina General, influenciada, además, por la Medicina Social-Humanista, la Medicina Científico-Académica y la Atención Primaria como ámbito propio de actuación; todas estas áreas incidieron en su creación. La Medicina Social, por su parte, aportó un sentido holístico que influyó en la argumentación fundacional de la Atención Primaria, preconizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en Alma Ata (Casado, 2018), contexto en el cual, la enfermería ha estado presente y desarrollándose. Si bien la Salud Familiar requiere indiscutiblemente trabajo en equipo de todos los actores presentes en la comunidad, esto no ha sido uniforme, evidenciándose diferentes estadios y formas de desarrollo en el mundo (Padula, 2013).

En efecto, la estructuración del Modelo de Salud Familiar se ha visto influenciada por este recorrido histórico que los estudiantes, durante su proceso de formación, deben identificar y reconocer, no sólo como una acción específica de cierta cartera de servicios de la APS, sino como la actuación integral que debe tener un profesional de enfermería del área comunitaria. En este respecto, la formación de las enfermeras y enfermeros, en Salud Familiar, ha incorporado en el currículum la mirada del proceso enfermero-diagnóstico, la planificación, la intervención y la evaluación, evidenciado en asignaturas, pero también ha considerado las acciones transversales de la formación de un profesional de enfermería generalista, incorporando temas como: conceptos de salud pública y APS, educación para la salud, epidemiología, características del modelo de salud familiar, proceso de desarrollo individual y familiar, características de la familia y la comunidad, herramientas de apoyo y diagnóstico de la familia para la elaboración de planes de intervención y modelos de intervención individual, familiar y comunitaria.

Las profesiones de la salud como medicina, psicología, obstetricia, y enfermería, entre otras, buscan espacios de especialización; en este sentido, la Salud Familiar y Comunitaria han generado un polo de desarrollo de la enfermería en APS y las Escuelas de Enfermería están buscando entregar el máximo de herramientas para que los estudiantes conozcan las bases y puedan reconocerlo como especialización futura de la profesión. En la carrera, el área de medicina pasó de una medicina general y familiar hasta una valoración extrema de la especialización y subespecialización, dejando en muchos casos la formación en medicina familiar en segundo plano (Franco, 2015).

En este contexto, Franco (2015) señala que existen tres dimensiones en la formación de los profesionales de la salud, en el área de atención primaria. La dimensión *macro* asociada al modo de vida y al sistema social, orientada a los determinantes sociales de la salud y la entrega de herramientas para la promoción de la salud; la dimensión *meso asociada* a las condiciones de vida y escenario local de salud y que pone énfasis en la formación de los elementos de salud pública y cuidado del medio ambiente, fortaleciendo la gestión y organización del sistema sanitario y la dimensión *micro* que corresponde al estilo de vida y el sistema de salud para reforzar la gestión del cuidado individual, familiar y comunitario con accesibilidad, continuidad y resolutividad en la APS. Esta conceptualización, permite entender la importancia de la formación integral de los profesionales de la salud.

Al respecto, la APS exige conocimientos integrales, holísticos y desprejuiciados con respecto a los individuos, familia y la comunidad en la que se inserte, ya que se está para cuidar y para este cuidado se requiere de profesionales de enfermería que no sólo cuenten con herramientas técnico-clínicas (biopsicosociales), sino también con herramientas para el área de gestión y el manejo de los recursos financieros y humanos en forma eficiente y eficaz, además del ejercicio de un liderazgo situacional que permita adaptar el comportamiento del líder al equipo de trabajo, con el propósito de conseguir los mejores resultados.

Ahora, la forma más eficaz de trabajo en APS es contando con equipos multidisciplinarios comprometidos y recursos humanos, estructurales y tecnológicos, adecuados para dar respuesta a la población; con ello en mente, los profesionales de enfermería deben recibir una formación

que les permita ser capaces de conformar equipos, aportando el arte del cuidado al individuo, la familia y la comunidad.

Por otra parte, la formación de enfermera/os en salud familiar, ha incorporado el uso de herramientas para el estudio de familia, como el familiograma, el APGAR familiar y el ecomapa, entre otras (Camargo & Pabón, 2017) que constituyen un apoyo para las actividades clínicas, ya que cualquier estandarización estricta, en el trabajo con familias, hace perder el foco en el principio de centralidad; por tanto, debe ser considerada como un complemento para la actividad clínica de los profesionales de salud y el abordaje de familias en la atención primaria (Dois, Bravo, Mora, & Soto, 2019).

Asimismo, es fundamental tener en cuenta, en la formación de los profesionales, que las herramientas de salud familiar, ya sean de diagnóstico como la Prueba de Evaluación de las relaciones intrafamiliares, el Apgar Familiar (Ortega, 2021), la intervención como terapia familiar o la consejería (Salazar de la Cruz y Jurado, 2013), deben ser valoradas y aplicadas con criterio profesional, puesto que cada familia tiene su forma de relacionarse y solucionar sus problemas de salud, además de considerar el contexto cultural en que se encuentre.

II. *Salud Familiar para enfermería y Atención Primaria en Salud*

La formación de profesionales de enfermería en Salud Familiar ha de estar ligada al conocimiento y funcionamiento de la Atención Primaria en Salud; ella hizo notar la necesidad de efectuar un trabajo biopsicosocial hace más de 40 años, reafirmando la importancia de la familia y la comunidad, lo que sigue siendo relevante para el desarrollo de la salud mundial y las brechas que aún quedan (OMS, 2018; OMS, 2019).

La OMS tiene como objetivo fundamental ofrecer Cobertura Universal en Salud (CUS) lo que consiste en mejorar la salud de toda la población, sin excluir a nadie, mediante servicios de salud de calidad, sin que experimenten dificultades financieras (Dmytraczenko & Almeida, 2017). Este es también el objetivo de la Salud Familiar, que es la forma de diagnosticar, planificar e intervenir en el nivel más cercano a la familia y a la comunidad, para responder y colaborar en la reducción de las enfermedades crónicas y factores de riesgo.

En este sentido, la APS debe cumplir su rol social generando espacios de discusión sobre la salud que quiere la comunidad, generando políticas públicas desde las bases para que el Estado, en su rol de garante, entregue con equidad los recursos para el logro del objetivo que es la salud universal. En consecuencia, el Estado tiene un rol intransferible como proveedor, regulador y siempre como garante del bien común, generando políticas públicas que aseguren financiamiento, cobertura en sus territorios, formación de calidad e inclusión de la población. Los Gobiernos tienen un deber primordial en la protección de los derechos humanos, destacando el derecho a la salud, puesto que no son de utilidad los avances tecnológicos, farmacéuticos, el incremento de los presupuestos de salud, si no están disponibles para las personas en toda su pluralidad; es decir, si no son garantía de derechos (OMS, 2018; OPS, 2019).

Es así que la Estrategia de Atención Primaria de Salud tiene un recorrido histórico y ha transitado de un concepto de 'salud para a todos' a la 'salud universal', con una mirada integral, en la cual la prevención de la salud ha generado el mejoramiento en los indicadores de salud, en varios países de Latinoamérica. Se ha transitado desde la implementación de las primeras estrategias, hasta la puesta en marcha del modelo de salud familiar (Almeida, Artaza, Donoso, & Fábrega, 2018), donde el equipo multidisciplinario debe tener conocimiento sobre Atención Primaria de Salud, conceptos y características del desarrollo individual y familiar.

Una de las estrategias para consolidar el modelo de Salud Familiar son las acciones de promoción y prevención de la salud; donde la atención primaria, representa la instancia de cuidado de las enfermedades más prevalentes. Para concretar esto, se requiere de profesionales de salud especializados, además de la tecnología adecuada para el incremento de la resolutividad requerida, incorporados en un Plan de Salud Familiar (Ministerio de Salud Chile, 2019). Por lo cual, la formación de la especialidad no es sólo médica; el profesional de enfermería debe contar con los conocimientos para poder trabajar y aportar en este espacio de cuidado de la salud.

Si bien es cierto que la atención primaria debe alcanzar la cobertura básica, de tal modo de dar respuesta al mayor número de problemas de salud, a través de la ejecución de programas de promoción, prevención y rehabilitación de la salud comunitaria; esto se encuentra afectado por situaciones no consideradas y que apremian el éxito de este processo, como son: la falta de equipos y horas profesionales para resolver cada una de las acciones de salud requeridas por la comunidad (Bass, 2012). En efecto, las acciones en la APS y el modelo de salud familiar se han centrado en atención clínica, postergando las acciones de promoción de la salud y aquí enfermería debe hacer la diferencia.

Según la orientación chilena de mediados del siglo XXI, los trabajadores de salud del área comunitaria deben establecer objetivos comunes, generar actividades inherentes al primer nivel de atención, manteniendo una faceta interdisciplinaria, con orientación individual, familiar y comunitária y especial acento en la prevención de la enfermedad y la promoción de salud, además de transformarse en el umbral de acceso de la red asistencial (Franco, 2015). Esto se ve reflejado en la mejora de los indicadores macro de salud de la población chilena, existiendo brechas epidemiológicas asociadas a las características de las comunidades.

Por su parte, el Ministerio de Salud de Chile (2019) ha instaurado reformas con la idea de fortalecer cuatro ejes fundamentales: a) lo asistencial, suscitando una estrategia integral y preventiva, en el planteamiento de la salud/enfermedad; b) la organización de los recursos humanos, de acuerdo con los equipos de trabajo, dispuestos según población a cargo; c) la intervención de la comunidad y d) la integración del centro de salud primario a las líneas de desarrollo local de la comunidad y/o municipio, definido como Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS). Se ha evaluado el proceso de implementación del modelo y lo que destaca son las directrices relativas a la tecnología, promoción de la salud e integración de la comunidad y un menor progreso de los ejes de enfoque familiar y calidad, situación que podría ser explicada a partir de las políticas procedentes desde el Ministerio de Salud, las cuales — en el último

período — vienen a reforzar dichos ejes en APS (García et al., 2018). Este espacio de mejora es el que el profesional de enfermería puede cimentar con acciones propias del cuidado que en esencia constituye la filosofía de la Salud Familiar.

En otro punto y respecto a la evaluación de la APS, esta es compleja, por lo heterogéneo y complejo de los servicios ofrecidos y la multidimensionalidad de los resultados esperados. La literatura señala el rol que debiese tener y sus características, es así que numerosas publicaciones destacan la importancia de incluir las percepciones de los involucrados en la evaluación de la calidad de la APS, aunque la tendencia ha sido descuidar la mirada holística sobre el funcionamiento del sistema y el involucramiento de sus principales actores y de otros sectores (Pesse, Fuentes e Ilabaca, 2019). La mayoría de las evaluaciones siguen centradas en las actividades procedimentales realizadas por el equipo de salud y las evaluaciones con una mirada comunitaria y de impacto social son escasas. De igual modo, las distintas designaciones que acogen los sistemas de atención primaria obstaculizan la ejecución de un mapeo detallado de los distintos modelos de suministro de servicios de salud en el ámbito comunitario y generan ambigüedad, tanto en el análisis de su impacto, como también en la docencia (Gofin y Gofin, 2007).

Por otra parte, las trayectorias relativas al estado de salud de las poblaciones, aunadas a las reformas de los sistemas de salud presentan retos, pero también ventajas, para la aplicación de la Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC) (Gofin, Montaner, & Foz, 2008). La APOC ha tenido diferentes niveles de desarrollo en el mundo; es un modelo utilizable, cuyo objetivo es "racionalizar, organizar y sistematizar" los recursos sanitarios existentes en la comunidad, basado en los principios de la APS y ligado a la formación en salud pública, epidemiología y educación para la salud.

En Chile, según se observa en la definición del Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar y Comunitario, este debería integrar las miradas de la Salud familiar y el enfoque comunitario de salud.

Todo lo anterior se ve fortalecido por la declaración Astana (2018), la cual aspira a que los Gobiernos y sociedades den prioridad a la salud y al bienestar de las personas, la promuevan y protejan, tanto a nivel poblacional como individual, mediante sistemas de salud sólidos. Asimismo, que la Atención primaria de salud y servicios de salud sean de gran calidad, seguros, integrales, integrados, accesibles, disponibles y asequibles para todos y en todas partes, prestados con compasión, respeto y dignidad por profesionales de la salud bien formados, competentes, motivados y comprometidos. Sumado a esto, generar entornos propicios y favorables para la salud en los que las personas y comunidades estén empoderadas y colaboren en el mantenimiento y mejora de su salud y bienestar; además de que los asociados y partes interesadas estén alineadas en la prestación de apoyo efectivo a las políticas, estrategias y planes de salud nacionales (OMS, 2018). Sin embargo, en esta declaración se puede ver que muchas de las brechas expuestas en 1978, siguen estando presentes como las desigualdades sociales, económicas, sin embargo, también el respeto por la dignidad y los derechos siguen presentes en este siglo.

III. Formación de pregrado en Salud Familiar y Comunitaria para Enfermería

Si bien en la formación general del profesional de enfermería en Salud Familiar se le entregan herramientas para el conocimiento del desarrollo psico-biológico del individuo, también debe formarse en el desarrollo de la familia y sus diferentes etapas, lo que permite situar al profesional y anticipar situaciones propias de cada una de ellas.

Al referirse al término familia, la OPS (2019) es prudente en decir que la definición se da según el contexto histórico, sociológico y jurídico, conservando elementos importantes como la unidad básica de la sociedad, satisfacción de necesidades, agente socializador, propagador de la especie y desarrollo emocional; por lo tanto, es deber del Estado y la sociedad garantizar la protección de la familia. Por lo anterior, establecer una definición única de familia ha sido imposible, debido a los innumerables componentes que pueden ser parte de ella.

La familia tiene variadas definiciones, pero los autores coinciden en que es el constructo social más antiguo, el espacio de formación psicológica, de la personalidad y los patrones culturales y económicos; además, cada familia tiene su propia composición, dinámica y reglas (Oliva & Villa, 2014; Martin, & Tamayo, 2013). Entonces, cuando se habla de familia podemos decir que sus funciones básicas son: biológica, económica, educativa, psicológica, afectiva, social, ética y moral. La forma en que cada familia lleva a cabo estas funciones, está relacionada con las características propias familiares y la realidad cultural en la que están insertas.

Cada integrante de la familia nace, crece, se desarrolla y muere; etapas consecutivas que transcurren en el ciclo vital familiar, el cual según Florenzano corresponden a siete fases que van desde la formación de pareja, hasta el periodo final de la familia, cambio de roles y viudez, pasando por periodos de desarrollo similares al del individuo (Horwitz, Florenzano, & Ringeling, 1985). Las etapas de la familia proporcionan tareas específicas a los individuos, permitiéndoles crecer y desarrollarse ayudándolos al afrontamiento de los cambios sociales, económicos, sociodemográficos, políticos y demás que se presentan en el día a día. El aumento de familias monoparentales o de personas viviendo en soledad, acarrea un mayor riesgo de caer en la pobreza. El fomento del entramado que brindan las redes sociales, las nuevas tecnologías y la solidaridad intergeneracional serán recursos de gran utilidad, lo que presenta nuevos desafíos para el cuidado de una población cada vez más envejecida y desconectada (Bernardini, 2012; Moratto, Zapata, & Messager, 2015).

Además de los principios básicos de la familia, es importante reconocer que, para la formación en Salud Familiar, se deben conocer y manejar herramientas que permitan generar hipótesis diagnósticas de la familia, reconociendo que cada familia es diferente y estos sólo aportan información para estructurar intervenciones adecuadas y multidisciplinarias de ser necesario. Esta compilación de escalas, formatos y cuestionarios de carácter simple, son apelados como “Instrumentos de Atención Integral a la Familia”, dado que otorgan una perspectiva clara de ella, posibilitando el análisis de sus relaciones y permitiendo al profesional de la salud y a la familia misma ver un “cuadro mayor”, tanto desde la perspectiva histórica como desde el presente.

Los Instrumentos de Atención a la Familia, emergen del requerimiento de otros profesionales tales como: trabajadores sociales, genetistas y terapeutas familiares, entre otros, de contar con herramientas de ayuda diagnóstica familiar. Sin embargo, estos lograron su mayor extensión, en el marco de la medicina familiar, siendo rutinariamente usados en varios países por los profesionales de la salud.

Por otra parte, la utilización de los Instrumentos de Atención a la Familia permite relevar el interés del profesional por el individuo, en el contexto de su familia. Este aspecto es efectivo no sólo como práctica, sino también como un factor de humanización de la atención, más aún en un sistema sanitario orientado a la enfermedad y no al enfermo, teniendo en cuenta los aconteceres fisiológicos antes que las emociones, la cultura y los derechos como persona integrante del sistema de salud (Ministerio de Salud, 2012).

Algunas de las herramientas que se pueden se usar y que el Ministerio de Salud promueve en Chile son:

1. Genograma: Permite acceder al historial familiar y a las relaciones familiares. Debe consignarse información de al menos tres generaciones para ampliar la probabilidad de descubrir patrones familiares de conducta o enfermedad e incluir la mayor cantidad de datos posibles; de esta forma, se obtiene una visión global del/los individuo/os.
2. Línea de vida familiar: Este método permite graficar los acontecimientos más importantes en la vida de una familia y su entorno de salud. Relaciona los sucesos familiares con los integrantes y si se complementa con el genograma, entrega información rápida y sencilla.
3. Círculo familiar personal o mapa de la familia: Permite obtener de manera gráfica y esquemática, la historia de la familia, tal cual la percibe el caso índice. Al ser un instrumento de percepción, la persona que dibuja el círculo debe describir y explicar lo que expresó.
4. Apgar familiar: Es una medición de la satisfacción de los miembros de la familia con cada uno de los componentes básicos de la función familiar, centrándose en la función global de la familia, de manera rápida y sencilla.
5. Ecomapa o mapa ecológico de la familia: Delínea a la persona y su familia en su ambiente de vida, caracterizando de modo dinámico el sistema ecológico que rodea al familiar, es decir, en sus relaciones con el suprasistema, la sociedad y/o con otros sistemas. Para graficarlo, se parte del genograma en su forma más simple.

Otras que se pueden usar como predictor

Salufam: Es una escala de tamizaje y de aplicación poblacional que, como instrumento de selección, no entrega diagnóstico de problemas, sino que identifica aquellos grupos familiares con mayor o menor vulnerabilidad (Puschel, Repetto, Solar, Soto y González, 2012).

IV. *Profundización y/o especialización del profesional de enfermería en Salud Familiar y Comunitaria*

La profundización de la intervención familiar podría considerarse parte de la especialización, pues ya existen en la actualidad programas de diplomado y magister que profundizan la temática de la intervención, destinados a profesionales del área de la enfermería, como el Diplomado en Salud Familiar y Comunitario o el Magister en Familia, otorgados por instituciones de educación superior, privadas y públicas. Además, este profesional debería conocer y trabajar con herramientas del área de la psicología como la consejería, la intervención en crisis y la mediación como elementos básicos, considerando que la intervención en crisis es esencial para el apoyo al usuario y su familia y entendiendo la crisis como un instante en la vida de una persona donde debe afrontar, de modo impostergable, una circunstancia de conflicto que puede ser de distintos ámbitos. Para esto están la contención y los primeros auxilios psicológicos que deben ser manejados por el profesional de enfermería.

La consejería está definida como: distintas actividades y procedimientos, relacionados con orientar, ayudar, informar y apoyar de modo integral las necesidades de las personas. Implica un espacio y un tiempo definidos, el desarrollo de un lazo de confianza y de la ejecución de técnicas y habilidades de comunicación interpersonal.

La consejería constituye una actividad concisa, focalizada y dirigida que se centra en los requerimientos del consultante, en relación con el tema en específico de que se trate; además, busca resolver conflictos asociados a la toma de decisiones (Yankovic y Castillo, 2016) para lo cual el profesional debe prepararse y profundizar, constituyéndose en un elemento de apoyo para el equipo de salud.

La mediación es otra herramienta que se puede usar para gestionar de mejor forma las emociones y el estrés de los usuarios. Facilita la resolución de conflictos en el equipo de salud y en el entorno familiar, es voluntaria y se trabaja sobre la base de la escucha activa, la empatía, el sentido del humor y la comunicación efectiva.

A esto debe agregarse, también, la gestión del cuidado en enfermería y la investigación para la mejora de los instrumentos disponibles.

3 Consideraciones finales

El trabajo de formación de profesionales de enfermería involucra un proceso en el cual se debe entregar el contenido durante la formación, para luego integrarlo y usarlo adecuadamente en cada diferente escenario elegido para su desarrollo, en el marco de las competencias y habilidades de las enfermeras y enfermeros.

La Salud Familiar como proceso de enseñanza no es diferente; como ya fuera analizado, se requiere la integración de diversas materias como: epidemiología, salud pública y atención primaria en salud y debe integrar elementos del desarrollo individual, familiar y comunitario y todo esto con un gran sentido de compromiso y respeto por la familia y la comunidad.

Los desafíos en la formación de profesionales de enfermería, en Salud Familiar, están en integrar todos los elementos de la enfermería para gestionar cuidados de calidad, fomentar la promoción de salud, la prevención de las enfermedades prevalentes en la comunidad y ser puente para la recuperación y la rehabilitación del familiar, de manera que ella pueda seguir siendo el soporte básico de la sociedad y el lugar donde se gestan la cultura y los valores para las nuevas generaciones.

El profesional de enfermería debe ser garante de la gestión de los recursos humanos, materiales y de infraestructura, para lograr una óptima calidad de vida de la población a su cargo y ese desafío lo deben conocer y hacer propio desde su formación. El profesional debe ser capaz de abordar su desempeño profesional con un enfoque comunitario y social, no sólo desde la patología, sino desde la persona como integrante de un núcleo familiar y social. Para ello, deben comenzar a desarrollar diferentes roles, en diferentes escenarios, combinando el conocimiento, las habilidades y los valores profesionales.

Resulta fundamental formar profesionales de enfermería que sean agentes de cambio, que promuevan y ejerzan liderazgo pertinente en cada situación, que cuenten con habilidades en Gestión en Salud, para que puedan realizar una adecuada planificación de las actividades y una eficiente utilización de los recursos. Asimismo, se requiere que destaquen en el compromiso con la profesión y en la integración del saber obtenido desde la investigación a su realidad laboral, potenciándose como profesionales autónomos (Luengo Paravic, 2016).

Referencias

Almeida G., Artaza O., Donoso N., & Fábrega R. (2018). La atención primaria de salud en la Región de las Américas a 40 años de Alma-Ata. *Rev Panam Salud Publica, 42* (1-6). Obtenido de: https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.104

Bass C. (2012) Family health model in Chile and greater resoluteness of primary health care: contradictory or complementary? *Medwave 11*(12). Obtenido de: htpps://10.5867/medwave.2012.11.5571

Bernardini, D. (2012) La familia, base y eslabón primario de la salud pública del futuro. *Rev Panam Salud Publica, 6*(31), 529-530. Obtenido de: https://scielosp.org/pdf/rpsp/2012.v31n6/529-530/es

Camargo, K., & Pabón, Y. (2017). Instrumento de valoración familiar por el modelo de dominios de la taxonomía II de NANDA. *Enfermería Global, 16* (45), 457-490. Obtenido de: https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.1.2227951

Casado, V. (2018). La historia de la Medicina Familiar en los últimos 50 años. Perspectiva mundial y europea. *Actualización en Medicina de Familia, 2*(14), 79-86. Obtenido de: https://amf-semfyc.com/web/article/2192

Dmytraczenko, T., & Almeida, G. (2017). *Hacia la cobertura universal en salud y la equidad en América Latina y el Caribe*: Evidencia de países seleccionados. The World Bank.

Dois, A., Bravo, P., Mora, I., & Soto, G. (2019). Estudio de familia en Atención Primaria: construcción y validación de una herramienta para la valoración familiar. *Revista médica de Chile, 5*(147), 589-601. Obtenido de: http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872019000500589

Franco, Á. (2015). El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud (APS). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 3*(33),414-424. Obtenido de: https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v33n3a11

García D., Barros X., Quiroz A., Barría M., Soto G., & Vargas, I. (2018) Modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria en la atención primaria chilena. *Rev Panam Salud Publica.* Obtenido de: https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.160

Gofin, J., & Gofin, R. (2007) Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria. *En*: *Rev Panam Salud Publica*, 177-185. Obtenido de: https://www.scielosp.org/article/rpsp/2007.v21n2-3/177-185/es/

Gofin, J., Montaner, I., & Foz, G. (2008). Metodología de la Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC). Elementos para su práctica. *Revista clínica electrónica en atención primaria, 16*(1-7). Obtenido de: https://ddd.uab.cat/pub/rceap/rceap_a2008m9n16/rceap_a2008m9n16a5.pdf

Horwitz, N., Florenzano, R., & Ringeling, I. (1985). Familia y salud familiar. Un enfoque para la atención primaria. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP), 2*(98),144-155. Obtenido de: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/16959/v98n2p144.pdf?sequence=1

Luengo, C., & Paravic, T. (2016). Autonomía Profesional. Factor clave para el ejercicio de la Enfermería Basada en la Evidencia. *Index Enfermería, 1*(25), 42-46. Obtenido de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962016000100010&script=sci_arttext&tlng=en

Martín, M., & Tamayo, M. (2013). Funciones básicas de la familia. *Reflexiones para la orientación psicológica educativa EduSol, 44*(13),60-71. Obtenido de: https://www.redalyc.org/pdf/4757/475748683007.pdf

Moratto, N., Zapata, J., & Messager, T. (2015). Conceptualización de ciclo vital familiar: una mirada a la producción durante el periodo comprendido entre los años 2002 a 2015 *Revista CES Psicología, 2*(8),103-121. Obtenido de: http://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/3555/2436

Ministerio de salud (2015). *Instrumento para la evaluación y certificación del desarrollo en el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria en establecimientos de atención primaria*. Obtenido de: http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/01/017.Instrumento-para-la-evaluaci%C3%B3n-y-certificaci%C3%B3n.pdf

Ministerio de salud (2012). *Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria*. Obtenido de: https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf

Ministerio de Salud (2020). *Orientaciones para la planificación y programación en red.* Obtenido de: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/09/2019.09.09_ORIENTACIONES-PARA-LA-PLANIFICACION-EN-RED-2020_v3.pdf

Oliva, E., & Villa, V. (2014). Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Justicia juris, 1*(10),11-20. Obtenido de: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5995439

Organización Mundial de la Salud (2018). Declaración de Astaná: Conferencia mundial sobre atención primaria de salud. Astaná (Kazajstán), 25 y 26 de octubre de 2018.*Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de: https://apps.who.int/iris/handle/10665/328128

Organización Panamericana de la Salud. (2019) "*Salud Universal en el Siglo XXI*: 40 años de Alma-Ata". Informe de la Comisión de Alto Nivel. Edición revisada. Obtenido

de: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/50960/9789275320778_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y

Ortega M. (2021) Instrumentos de la atención familiar para la práctica familiar. *Revista Electrónica de Portales Medicos.com. XVI* (2). Obtenido de: https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/instrumentos-de-la-atencion-familiar-para-la-practica-familiar/#:~:text=Los%20instrumentos%20usados%20en%20la,familia%20%2C%20proporciona%20una%20visi%C3%B3n%20de

Padula, M. (2013). Estado y avances de la salud familiar en Latinoamérica y el Caribe desde la mirada de la Confederación Ibero Americana de Medicina Familiar (CIMF). *Medwave, 13*(1). Obtenido de: https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfoques/SaludFamiliar/5614

Pesse, K., Fuentes, A., & Ilabaca, J. (2019) Estructura y funciones de la Atención Primaria de Salud según el Primary Care Assessment Tool para prestadores en la comuna de Conchalí - Santiago de Chile. *Rev Med Chile, 3*(147), 305-313. Obtenido de: http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872019000300305

Puschel, K., Repetto, P., Solar, M., Soto, G., & González, K. (2012) Diseño y validación del instrumento SALUFAM: un instrumento de valoración de la salud familiar con alto valor predictivo clínico para la atención primaria chilena. *Rev Med Chile, 4*(140), 417-425.

Salazar de la Cruz, M., & Jurado, A. (2013). Niveles de Intervención Familiar. *Acta Médica Peruana, 30*(1), 37-41.

Universidad del BíoBío (2008). *Modelo educativo de la Universidad del Bio Bio*. (1°ed.).

Yankovic, S., & Castillo, P. (2016). Abordaje familiar breve: un modelo estratégico de consejería familiar al servicio del Trabajo Social. *TS Cuadernos de Trabajo Social, 2*, 34-40. Obtenido de: http://www.tscuadernosdetrabajosocial.cl/index.php/TS/article/view/103/101

CAPÍTULO 3

BIOÉTICA PARA EL CUIDADO EN CONTEXTO

Ligia Betty Arboleda de Pérez [1]
Jenyfer Jessika Palencia Sierra [2]

1 Introducción

En este capítulo se reflexiona sobre la bioética para el cuidado en contexto, abordando la salud de la persona en todas las dimensiones: corporal, social, espiritual, cognitiva, comunicativa, estética, emocional y ética (Morales Contreras & Palencia Sierra, 2020), la persona debe ser concebida como un todo desde el inicio al fin de la vida en las fases en las que empieza el desarrollo. De ahí que, el proceso de atención de enfermería ejerce un papel fundamental en el ser humano que requiere la satisfacción de necesidades para el mantenimiento de los estándares de calidad de vida y en la promoción de un nivel de funcionamiento óptimo.

No obstante, la interacción en el entorno cambiante puede verse determinada por agentes externos produciendo alteraciones. Razón por la cual, el enfermero en el ejercicio de la disciplina asume estas dimensiones como parte integral del cuidado, se debe tener en cuenta los conceptos de la filosofía de la ciencia del cuidado, la cual "se ocupa de la búsqueda por comprender el procedimiento correcto del razonamiento, intuición de la realidad y de la verdad absoluta acerca de los seres humanos, deidades y del mundo y la determinación de la forma correcta de vivir" (Díaz Rentería, 2014).

Además, rige el desarrollo de la base teórica de la práctica de enfermería, infiriendo que "descubrir el rostro humano de la enfermería, el esfuerzo intelectual está motivado por la intención de aproximarse a los diferentes rasgos que como paisajes de humanidad se dibujan en algún momento de la trayectoria epistemológica y metodológica del pensamiento enfermero, siendo el humanista, aquel que comprende la vida y entiende al semejante, reflejando el respeto a la libertad interna del propio hombre para pensar, sentir y creer" (Tangarife Granada, Muñoz Astudillo, & Pérez Cardozo, 2018).

Como la enfermería tiene un contrato deontológico (Congreso de Colombia, 2004) el cual plantea deberes en relación con la sociedad, al ser humano y al ejercicio profesional; al brindar cuidado y soporte ante las necesidades del ser humano, debe valorar adecuadamente para hacer un diagnóstico que le permita ejecutar el plan de cuidado que integre lo biológico, emocional, social, cultural y espiritual" (Daniels, 2013). En el ejercicio profesional de la enfermería, ante

1 Docente Universidad De Santander – UDES. Correo electrónico: li.arboleda@mail.udes.edu.co Enfermera. Presidenta del Tribunal Departamental Ético en Enfermería Región Nororiental (S.A.N). Maestría en Educación. Especialista en docencia universitaria.

2 Docente Universidad Popular Del Cesar - UPC. Correo electrónico: jeniferpalencia@unicesar.edu.co Enfermera. Maestra en Bioética. Maestra en Prevención de riesgos laborales. Especialista en salud pública y seguridad social.

la interdisciplinariedad se aplica el metaparadigma en relación a la persona (paciente, familia y colectivo), al entorno, cuidado y salud. De este modo, no cuidan la enfermedad, cuidan de la salud promoviendo intervenciones holísticas. Donde la acción de promover cuidado aplicando la filosofía humanista, contrasta con lo acordado en la relación enfermera (o) – paciente. En otras palabras, las personas que practican la filosofía humanista tienden a estar más tranquilas, ya que al valorar empleando los argumentos filosóficos del quehacer en una persona con una enfermedad, tendrá mayor claridad de la priorización de las necesidades del paciente para trabajar aspectos importantes de las dimensiones de este; para que pueda mantener sosiego aún en medio de la enfermedad.

Por lo anterior, los enfermeros que valoran a la persona de manera integral aplicando la filosofía humanista, aprecian más las capacidades. Además, saben que "la salud tiene factores sociales innegables: los determinantes sociales de la salud" (Daniels, 2013), los cuales son las condiciones en las que vive, convive y se desenvuelve el paciente y su familia. Pues, los enfermeros que aplican la filosofía del cuidado complementándolo con la teoría científica apoyan más porque van adquiriendo claridad de la lista de necesidades que se pueden presentar en determinadas personas y contextos. En consecuencia, desde la formación de pregrado de los (as) enfermeros (as), se debería incluir en el plan de estudios la enseñanza de la valoración, diagnóstico e intervención de la filosofía humanista en todos los currículos de cada país.

2 Desarrollo

En el contexto de la experiencia académica del presente capítulo, se debe tener en cuenta que Colombia es un país multiétnico, por ende, multicultural y como cada contexto sociocultural cuenta con unas prácticas diversas de filosofías, siendo imperante la necesidad de aprender-aprender. Por consiguiente, los profesionales de enfermería en cada ámbito deben alfabetizarse en la moral, usos y costumbres, sin que ello signifique que deban realizar, adoptar o estar de acuerdo porque tienen el deber de respetar la autonomía de las filosofías, creencias y prácticas de cada persona.

Lo que lleva a la conclusión de que, el contrato se establece en el cuidado de la salud por medio de los acuerdos, siendo fiel a la libertad de decisión del sujeto de cuidado, garantizando "servicios de soporte no médico personal y social" (Daniels, 2008), puesto que se "parte de una concepción del ser humano real" y "complementa las aportaciones importantes sobre el desarrollo humano y la ética asistencial" (Daniels, 2013), las universidades deben formar futuros enfermeros que cuenten con herramientas técnico-científicas para el abordaje de todas las dimensiones de la persona desde la filosofía humanista, como soporte vital para el mantenimiento del bienestar óptimo en el cuidado del proceso salud - enfermedad.

Sin embargo, "el estado al aplicar la protección a la calidad de vida cumple parte de su papel" (Calgaro & Oli Koppe Pereira, 2017) No obstante, según lo planteado por Jean-Jacques Rousseau, "aun cuando el hombre pudiese enajenarse a sí mismo, no puede enajenar a sus hijos, estos nacen hombres y libres". Razón por la cual, la filosofía humanista en la actualidad

diverge del pensamiento convergente de lo tecnocrático. Ocasionando, dilemas bioéticos entre los profesionales de la salud, los cuales al tener una práctica filosófica de vida toman decisiones para ser objetores de consciencia en problemáticas que se presentan desde el inicio al fin de la vida, como son: la inseminación in-vitro, la interrupción voluntaria del embarazo, el uso de métodos anticonceptivos, las preferencias sexuales y su construcción de nuevas estructuras familiares, la trasfusión sanguínea, el trasplante de órganos o tejidos, la investigación que visiona al genoma humano como objeto de estudio, la distanasia, la eutanasia, entre otros.

Por supuesto, estos dilemas están relacionados íntimamente con la toma de decisiones en la que influye la filosofía de la persona tanto del sujeto de cuidado como de la persona que cuida. Infiriendo que la cooperación (Baldi, 2016) entre las partes ante estos conflictos se vulnera, haciendo injusto el proceso de atención porque el bien mayor es "el valor de la humanidad" (Rivera Castro, 2004), donde la persona como ser que aplica una filosofía humanista elige porque la sociedad en la que alieno su gobierno la protege por ser liberal democrática, acordando el respeto entre las partes, garantizando el bienestar integral en el cuidado en todos los niveles de atención.

La bioética para el cuidado en contexto complementa el proceso de atención de enfermería (PAE), siendo el método que nos permite diseñar un plan de cuidado acorde a las respuestas humanas, mediante el cual se asiste al individuo, familia y colectivos, en las diversas culturas sanas o con alteración de la salud es importante enfocar el plan de atención tratándolo como un todo y teniendo en cuenta las particularidades, que incluya la satisfacción de las necesidades requeridas y las intervenciones; abordando las dimensiones que se vean afectadas con trato humanizado, calidad y calidez (Imagen 1).
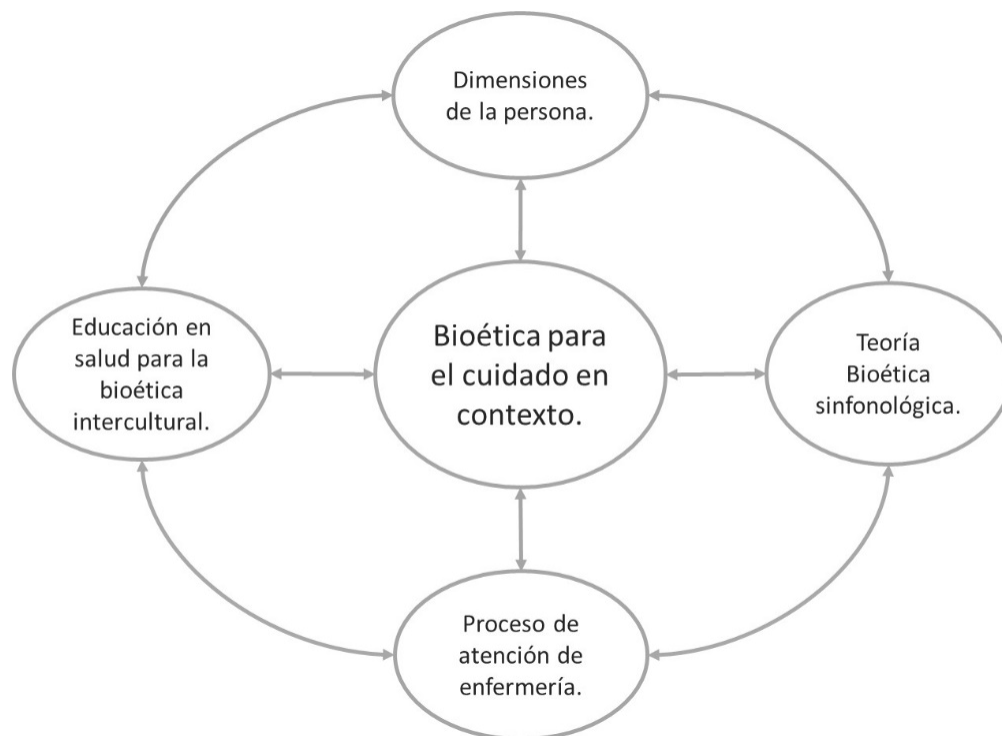
Imagen 1. Bioética para el cuidado en contexto
Fuente: elaboración propia.

Actualmente, a nivel mundial el PAE es empleado para la práctica de enfermería lo que garantiza proceso de cuidados idóneos imitando el método científico y estableciendo una estructura para intervenir mediante necesidades reales o potenciales en pro del cuidado del paciente, de este modo los profesionales y los estudiantes en formación deben tener muy claro el significado y las etapas e importancia del proceso de atención de enfermería (valoración, diagnóstico, planeación, intervención y evaluación). El cual, permite el desarrollo del pensamiento crítico, analítico favoreciendo la autonomía de la profesión aportando a la toma de decisiones, mejorando los perfiles de los enfermeros desde la formación (Gomez Rojas & Rodríguez Díaz, 2013).

La relación enfermera(o)-paciente se mantiene desde diversos enfoques y contextos de diversidad cultural y es necesario analizar el medio en que estas relaciones se desarrollan tales como los matices, fortalezas, barreras y demarcaciones de esa relación en contexto intercultural y observamos que existen ciertas limitaciones teóricas o por creencias propias, en cuanto a las relaciones con otras culturas a veces poco tratadas y la aplicación del PAE, que permita alcanzar los objetivos de cuidado. Ya que, la interculturalidad implica elementos más complejos para favorecer la comunicación, empatía y las relaciones armónicas y lograr entender la relación (Tiga Loza, Parra, & Domínguez Nariño, 2014).

Relacionando las teoristas de enfermería se observa que Joyce Travelbee, en su modelo teórico de relación persona-persona, abarca como mayor premisa en la relación enfermera – paciente mediante cuatro fases que se enlazan en: el encuentro original, identidades emergentes, sentimientos progresivos de empatía y simpatía – compenetración etapas que favorecen el logro de los propósitos establecidos para el cuidado del paciente (Leno González, 2013). Y para "Madeleine Leininger, en su teoría de la diversidad y universalidad de cuidados, plantea que el conocimiento de la estructura cultural y social de una comunidad, grupo o individuo puede definir el logro de los objetivos en las prácticas asistenciales de enfermería". Considerando como eje fundamental para el diseño de cuidados que sean culturalmente coherentes garantizando cuidados congruentes con su cultura (Acuña Sánchez, Sotelo Osorio, Robles Pérez, & Gómez Torres, 2017).

Sumado a lo anterior, debido a la globalización se ha incidido en el acercamiento de las culturas en el mundo con el uso de las Tics, pero aún se detectan problemas entre países, donde el fenómeno de la interculturalidad se ha visto afectado por personas con el poder del saber e influyen con sus actitudes en el proceso de salud – enfermedad. Es por esto, que se debe fortalecer el conocimiento y acciones para las interrelaciones socioculturales mediante la interacción con el otro, reconociendo la diversidad de similitudes y diferencias culturales, dándose a conocer para establecer las intervenciones por los enfermeros en formación, incluyendo en el currículo los contextos históricos, sociales y políticos en las diferentes creencias y tradiciones y las aproximaciones a tener con las diversas costumbres en el desempeño profesional.

Por estas razones, las culturas desde su contexto buscan las maneras o formas de erradicar las enfermedades físicas y/o mentales desde sus creencias y vivencias desarrollando su propio estilo de cuidado con sus particularidades marcando diferencias entre ellas. Es aquí, donde el

profesional de enfermería establece conductas de intervención propias para cada uno de los estilos didácticos basados en sus creencias y valores y como cada tradición percibe la salud y la enfermedad sirviendo como base al profesional en enfermería y así poder establecer el proceso de atención de Enfermería (PAE), pudiendo resolver las diferencias culturales y la atención diferenciada en el proceso de salud – enfermedad (Gutiérrez Lesmes, Torres, & Loboa Rodríguez, 2017).

El proceso de atención de enfermería ayuda a identificar y valorar los diagnósticos, los aspectos inherentes a la cultura del ser humano que se está cuidando y la manera de establecer el cuidado individual cultural. Ya que, la estructura del ser humano está abierta al mundo y no un cosmos cerrado en sí mismo. En conclusión, se prepara al enfermero en formación para que en su perfil ocupacional o espacios donde se desempeñe desde el punto de vista intercultural comprenda cada tradición en la sociedad y la ocurrencia del proceso salud-enfermedad en los grupos existentes en la estructura social.

Esto permite que los profesionales generen nuevo conocimiento y diversas formas de cuidar al ser humano intercultural e incentivar a las personas, grupos, etnias, diversas civilizaciones y sociedades a recurrir y articular sus potenciales de curación de acuerdo con sus contextos socioculturales valorando el conocimiento ancestral, popular y tradicional.

Se considera que la promoción, prevención, mantenimiento y recuperación de la salud en contextos común a las culturas ha sido un reto para los profesionales de enfermería en la adaptación del PAE en la interculturalidad en relación a actitudes, valores y prácticas y el cómo enfrentar los males físicos y psíquicos según el grupo cultural y recurren a la pluralidad del contexto para abordar el proceso de enfermedad pero las diferencias no deben generar contradicciones sino articulación respetando las creencias y tradiciones en la salud, la vida y el cuidado.

En el presente de la formación de enfermería, se visibiliza el reto de la educación en bioética debido a los avances tecnológicos en los que estamos inmersos, los cambios generacionales y los nuevos paradigmas de construcción del conocimiento, en donde se debe reflejar la guía para el discernimiento ético en un contexto donde la información tiene mayor accesibilidad, oportunidad y manifiesta la vanguardia de los cambios socioculturales. Todo esto, ha sido permeado en un tiempo que no permitió una adecuación para las generaciones salientes y entrantes, sino que ha implicado un reajuste inmediato en la adaptación para la sostenibilidad de la profesión. Hoy la enfermería moderna, en la posmodernidad y mundo globalizado sigue siendo ciencia, arte y disciplina del cuidado. Sin embargo, la practicidad de los medios ha llevado a asumir roles que por la antropología liquida "el ser humano se siente más seguro estando solo que en sociedad, está perdiendo las habilidades de convivencia y sólo se moverá y expresará, en cierta medida, con aquellos a quienes considere de su propia clase" (Hernández Moreno, 2015).

Es por este argumento que se está dilatando responsabilidades sociales que nos llevan a replantear las metodologías y estrategias de formación para no perder la esencia de la filosofía humanista del proceso de atención de enfermería, que aplica cuidado desde el método científico establecido en los modelos y teorías, en los patrones del conocimiento; lo cual nos ha permitido un desarrollo amplio de la ciencia, arte y disciplina del cuidado. No obstante, en

el ejercicio de la práctica profesional en el marco de la institucionalidad de los egresados; las necesidades del marketing en salud difieren en la intervención propiamente dicha del proceso de atención de enfermería, quedando dentro del currículo oculto. Debido a que, no todas las instituciones hospitalarias cuentan con el sistema de información del lenguaje estandarizado de las herramientas de diagnóstico en enfermería, ni de las intervenciones, ni de los objetivos, quedando en la responsabilidad de los enfermeros la visibilidad del fundamento del ejercicio en su quehacer, en el registro de todo el proceso en las notas de enfermería, en el abordaje integral al valorar con respeto, haciendo el bien, al diagnosticar con autonomía y fidelidad, al planear los cuidados con objetividad, autoasertividad, al ejecutarlos desde los acuerdos dialogados entre las partes en la procura de decisiones éticas, al evaluarlos desde el horizonte contextual con conocimiento, conciencia y aterrizado a la situación, siendo normas bioéticas de la teoría bioética sinfonológica (Husted & Husted, 2011), "la cual desde sus conceptos metaparadigmáticos permite a los profesionales de enfermería tomar decisiones éticamente justificable e individualizadas mediante el cuestionamiento de los métodos tradicionales del pensamiento" (Borges Damas *et al*., 2019).

Se observa la expresión de una línea con relación al trascender que todos los seres humanos tenemos en el camino de la vida, dando inicio desde el momento del nacimiento y hacia el final, con la muerte (Imagen 2). Representa la trayectoria relacionada con el curso de la vida desde la infancia, adolescencia, juventud, adultez y vejez.
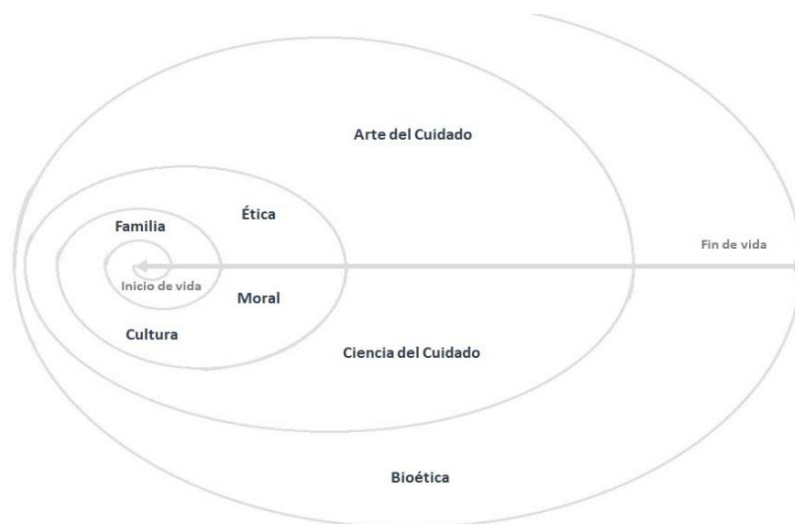
Imagen 2. Adaptado de la espiral equiangular
Fuente: elaboración propia.

Igualmente, aparece una espiral reflejando que "el fenómeno natural donde hay una combinación de contracción, rotación y expansión" (Pérez Sanz, 2019), lo cual es la trayectoria de la línea de la vida, una de ellas es la cultura mostrando el concepto que existe, el cual se va enriqueciendo por nuestros contactos a través de la vida, con familia, amigos, vecinos, empresas, con los compañeros, una cultura que está regida por una serie de principios, de normas que debemos respetar y ceñirnos sobre todo a ellos para vivir en una sociedad y corresponde

a una moral, a una ética. Por otro lado, se ve en el avance de la espiral en la parte superior que hace relación al cuidado, concepto el cual debe prevalecer a través de la vida para no caer en situaciones indeseables o antiéticas, realmente es aquel cuidado que debemos tener en nuestra vida profesional, en el trabajo, a nivel de nuestra familia, de la sociedad, esto finalmente se refleja en la bioética. Concluyendo que "el señorío de los seres humanos sobre la tierra o el planeta ya no es (o no debería ser) interpretado como administración depredadora sino la administración y gestión guiada por el cuidado" (Domingo Moratalla, 2013).

Incluye la espiral a la familia como núcleo de la sociedad, es el primer contexto en el que todos como personas empezamos a construir la moral dentro de una cultura que en el inicio de la vida implica vivirla sin ser reflexionada, es durante el desarrollo como seres humanos que al educarnos vamos eligiendo el bien, evidenciando la ética como un constructo autónomo, cuando se elige la formación como profesionales de enfermería se aprende de las bases teóricas, modernas y científicas del cuidado, desde la voluntad de servicio para apoyar a otro ser cuando se encuentra vulnerado, en el desarrollo profesional se aprende a valorar con métodos y técnicas basadas en ciencias básicas, humanísticas, disciplinares, interprofesionales, para diagnosticar la prioridad humana que ocasiona el desequilibrio en el estado de salud.

Sin embargo, este cuidado trasciende cuando reflexionamos desde lo observado el acto de cuidar, desde lo no farmacológico es cuando el cuidado trasciende a lo estéticamente bello, entre el lenguaje del silencio, en la mirada compasiva y solidaria que refleja las bondades de dos seres humanos: el que se dona para cuidar y el que se dona para recibir cuidado, en ese rostro recíproco se trasciende al arte de cuidar. Pero, el mundo en constante movimiento va ofreciendo nuevas técnicas que desembocan en fronteras, algunas conocidas otras por explorar, empezando "La bioética como una forma de dar luz a la vida, que surge dentro y fuera de nuestros corazones" enfatizando lo que Van Rensselaer Potter, refirió que la "Bioética es la ciencia de la supervivencia" (Felaibe, 2018) para consensuar y mediar las mejores alternativas de solución. Ya que en ocasiones el dilema para los enfermeros es la toma de decisiones cuando en el contexto se debe elegir el mal menor; "según Nussbaum, debemos reconocer el daño que siempre existirá en ambos lados del dilema" (Spronk, Widdershoven, & Alma, 2020). Allí, la conciencia de las bases del origen concebido en la moral y en lo que se debe elegir en el cuidado del mayor bien posible entre males menores. De ahí que, esto ocasione "angustia moral la cual se valora por sentimientos de fatiga, frustración, agotamiento laboral, enojo y miedo a perder el trabajo y puede conducir a cambios en la atención del paciente que afecten su seguridad" (Wands, 2018).

Por consiguiente, las realidades marcan situaciones problemas que requieren posturas para confrontar, mas hoy día cuando en enfermería la educación refleja el reto de engranar para unificar la filosofía humanista, integrando todas las dimensiones de la persona para un cuidado científico que trascienda, pero sobre todo recordando que un profesional de enfermería también es una persona y que debe aplicarse autocuidado, pero sobre todo donarse para recibirlo. Reiterando que "existe evidencia que sugiere que las enfermeras tienden a volver a la práctica conformista en el lugar de trabajo, en lugar de adoptar una postura ética, cuando se

enfrentan a un dilema ético" (Blackwood & Chiarella, 2020), de allí que "La bioética narrativa intenta hacer justicia a la riqueza de experiencia moral. Puesto que los relatos de experiencias personales vividas son contundentes y desconcertantes" (Horn, 2015).

Actualmente, la relación entre la bioética, filosofía y la enfermería se enmarca en el quehacer y actuar del enfermero ante la sociedad, la filosofía tiene relación con la enfermería misma ya que interviene en la generación del conocimiento, en las cuestiones epistemológicas, la interacción entre el profesional de enfermería con paciente y la familia, en la misma contribución al desarrollo de las comunidades y hasta en las políticas de salud, regidos por principios éticos.

Existen múltiples referentes teóricos de enfermería que basan su conceptualización en una perspectiva que parte de las ciencias humanas y que instan la utilización de nuevos métodos para la investigación en enfermería, uno de ellos es la narrativa de enfermería, que se sitúa en la experiencia vivida.

A través del transcender de la vida y del ejercicio de la profesión ha sido muchas las experiencias y oportunidades que se le permite a los seres humanos formarse desde el inicio de la vida siempre teniendo un preceptor o mentor como ejemplo de vida y transmisor de conocimiento, experiencia cuyas orientaciones, direccionamientos y formación en el curso de la vida permite ser orientadores en la praxis y ejercicio de la disciplina. Al igual que en el fin de la vida, la muerte o partida a la eternidad también el enfermero debe estar preparado para realizar el acompañamiento familiar ante la pérdida de un ser en cualquier etnia, cultura o civilización, acorde a sus creencias y principios.

Un ejemplo, como discusión es la narrativa que a continuación compartimos para evidenciar que la bioética para el cuidado en contexto es una realidad que necesita ser visibilizada, compartida, dialogada, sentida desde la pasión por el ejercicio de la vocación que la enfermería moderna contribuye en cada uno de nosotros.

2.1 Reflexión pedagógica: Narrativa Bioética para el cuidado en contexto

La historia de vida de una enfermera llamada Juanita: Nací en un hogar constituido por un padre de una región que se caracteriza por la calidez, hospitalidad y emprendimiento donde sus prendas típicas son el poncho, el carriel y el sombrero con formación militar y una madre directa, franca y enfática al decir las cosas, por eso su región se caracteriza por ser gente recia, seria, de voz autoritaria y golpeada, cuando no se le conoce bien, se puede malinterpretar su actitud, comportamiento y confundirlo con conflictivo o agresivo pero en realidad era amorosa, dedicada a sus quehaceres del hogar pero con unos principios fundamentados en el emprendimiento, la moral, la ética y la rectitud en todas las acciones que realizaba.

El interactuar con seres humanos, como ocurre después de recibir la formación desde el hogar y que para el caso de Juanita fue complementada por las religiosas dominicas la indujo tempranamente a comprender lo que era en la vida el sentido de servicio al ser humano.

Para la época en mención la vocación de servicio a la humanidad y labor social se inició a muy temprana edad, se contaba con un referente en el hogar y preceptora su señora madre, tan cercana a la vida formativa siendo un gran ejemplo de trato humano, calidez para la crianza y atención a los seres humanos, compartiéndose la valiosa labor de servicio incondicional, de trabajo solidario, juvenil; ofreciendo un cuidado y educación a los niños del hospital de su tierra natal donde vivió y creció.

Durante este periodo y en la adolescencia se dio continuidad a obras sociales con los adultos mayores en casa geriátrica con limitaciones o avanzada edad, ofreciendo espacios de salud, higiene corporal, alimentación y actividades lúdicas, donde adquirían educación para el autocuidado. Además, con bondad, amor, entrega en relación directa a actividades tendientes a la conservación y prevención de la salud proyectándose a esa comunidad y con un carácter de humanización en servicio asistencial financiado con recursos propios fortaleciendo la parte espiritual del beneficiario y beneficiaria.

Estas acciones permitían sin saberlo ir forjando el futuro y lo que sería la profesión reafirmando el aprendizaje de la labor social, vocación de servicio y sin orientación profesional la llevó a inclinarse por la enfermería con el deseo de servicio en pro de los seres humanos que requieren el cuidado en salud por parte de los profesionales y sobre todo del profesional de enfermería; quien de manera permanente está al frente de la humanidad ofreciendo el cuidado y bajo unos principios éticos y morales que permite ser aún mejores seres humanos, al ofrecer de manera sincera, autónoma y honesta un servicio y cumplimiento de una misión vocacional de servicio ante un cuidado estricto por su estado.

Posteriormente, siendo estudiante se forjó otra etapa de la vida conformando una familia por la que velaba por el cuidado de cada uno de los miembros con total amor, dedicación, formación y enseñanza de forma responsable, donde se evidenciaba el auto cuidado y el cuidado hacia ellos con amor, consagración aplicando los escasos pero significativos conocimientos inicialmente aprendidos.

Pero los instintos y formación con principios éticos y morales permiten actuar como ser humano que valora, cuida y respeta a los congéneres que la induce con el deseo de ser mejor persona cada día que transcurre en la vida.

A través del tiempo, logra ser tutora y referida para los descendientes quién por iniciativa propia organizó una actividad de salud y recreativa a una institución geriátrica, evidenciándose la felicidad de los adultos mayores y la satisfacción vista en una hija suya de lograr la felicidad ofrecida a estos seres humanos, donde la comunicación era factor clave para aliviar en parte sus alteraciones en salud física y sicológica. Los cuales, contaban sus historias de vida y recuerdos de algunos que habían logrado posicionamientos públicos, políticos y ahora se encontraban solos y en situación de abandono, con olvido por amigos y familiares.

Es importante resaltar que, dentro del núcleo familiar materno y paterno hay factores determinantes en la formación, que induce en el profesional de enfermería identificar como un ser cuidador, de amplio conocimiento para tener la disposición de escucha y apoyar en situaciones de salud donde se requiera con orientación, acompañamiento, consejería e interacción de manera

oportuna, y posteriormente desempeñarse de manera eficaz con el equipo interprofesional obteniéndose muy buenos resultados en las intervenciones de salud y además actuar éticamente bajo normas rectoras de sinceridad, claridad y principios de honestidad y rectitud.

Por los referentes a nivel mundial escoger la profesión de Enfermería ha permitido que la formación y desempeño en la disciplina ha dado tanta satisfacción por la labor realizada que se ha visto reflejada en el tiempo a través del agradecimiento de los pacientes, familiares y la satisfacción personal; sabiendo que se está haciendo el bien a otros seres humanos y más hoy en día, que a nivel mundial ante la pandemia del Covid 19, se ha evidenciado el empoderamiento y liderazgo del profesional de enfermería para actuar de la mejor manera con tanta dedicación en todas las culturas, idiomas acogiéndose a la normatividad existente como se soporta y menciona en el código deontológico de Enfermería.

Relacionando la teoría sinfonológica de Gladys y James Husted a lo anterior, aplicada en el cuidado de las personas y basándose en el fundamento que tienen los autores sobre la ética como "un sistema de normas que sirven para motivar, determinar y justificar las acciones que se realizan en pro de objetivos vitales y de metas importantes", relacionando el cuidado y la teoría que significa "acuerdo" es un sistema de ética basado en los términos y condiciones de un verdadero acuerdo (Husted & Husted, 2011).

Basado en estos dos conceptos se suma el de Bioética tratándose de las cuestiones éticas donde la relación paciente – enfermera intenta determinar el Proceso de atención de enfermería acorde a la situación del paciente, siempre en pro de preservar y mejorar la calidad de vida del ser humano.

Esto nos permite relacionar como los Husted efectuaron revisiones sobre guías éticas del comportamiento del profesional en enfermería y estos están inmersos en el código deontológico donde las acciones éticas son obligaciones que el profesional debe cumplir mientras que las dificultades de dilemas bioéticos tenían su origen en el carácter de las teorías éticas tradicionalistas.

En el desempeño de la profesión a través del tiempo en la labor desarrollada, Juanita conoció todo lo correspondiente a la patologías las cuales posteriormente al diagnóstico, planeación se intervino abordando los aspectos físicos, sicológicos y espiritual obteniendo satisfacciones de poder aliviar a muchos en sus padecimientos, porque dentro de la formación académica encontró docentes que la impactaron por su excelencia en el servicio, sus enseñanzas y conocimientos que se identificaba por el reflejo de lo que era ser, pensar y actuar coherentemente con su sentir, imagen y su perfil.

Con el compañerismo encontrado en el desempeño estudiantil impactan bonitos recuerdos que en la actualidad aún se conservan mediante la realización de encuentros periódicos académicos, fortalecimiento de los lazos de comunicación, apoyo, consejería y acompañamiento espiritual, lo que reflejo en Juanita en el ejercicio de la disciplina el trabajo interprofesional y en equipo con liderazgo, emprendimiento y trato humanizado.

Finalizada la primera etapa de la formación el impacto que generó poner en experiencia lo aprendido fue realmente exigente porque empieza una práctica autónoma, responsable,

independiente e individual generando ciertas dudas e inquietudes que por su novedad adquirida por Juanita de los momentos vivenciales fueron también superadas en el ejercicio de la disciplina y de recién egreso venciendo obstáculos por la vocación de servicio, la labor social, los conocimientos y la sensibilidad ante los seres humanos en el curso de vida.

Son diversos los perfiles ocupacionales en la enfermería afrontados por Juanita, tales como: asistenciales, gerenciales, educativo, comunitario, docencia, investigación, incluso algunos de ellos ejercidos simultáneamente, desde la integración del servicio asistencial con sincronización en el desempeño educativo en una institución de nivel media desarrollando conferencias a padres de familias y estudiantes sobre educación sexual que llevó a integrar la relación de respeto y confianza entre padres e hijos, docentes y estudiantes fortaleciendo el desempeño profesional y favoreciendo el abordaje de familias y adolescentes en formación, buscando la interrelación de alumnos de diferentes estratos sociales y nivel cultural.

La experiencia asistencial en diversos servicios favoreció la interacción con diferentes personas, formas de pensar y ser, al igual que fortaleció el conocimiento en el manejo de seres humanos de múltiples diversidades culturales que facilitaron el aprendizaje y adquisición de experiencia en el manejo de diversos comportamientos y creencias que proporcionaron el desempeño docente.

La educación capacitación constante y formación en campos diversos como Docencia universitaria y educación fortaleció en Juanita los conocimientos para transmitirlos junto con la enfermería basada en la evidencia y experiencia contribuyendo en la formación de enfermeros y enfermeras a nivel superior, a la vez que la labor en instituciones donde la enfermera lidera y orienta la atención a nivel domiciliario donde se atendía al paciente y a la vez a la familia.

Hacer una reflexión y compartir gran parte del ciclo de la vida, es lo que Juanita siente al intentar colocarle palabras y plasmar en forma de narrativa la labor personal y profesional; que desarrolló en las diferentes etapas de la vida y donde ha dejado huella a nivel asistencial, educativa, administrativa, en los estudiantes, profesionales en enfermería, personal de otras profesiones, aceptando con humildad las experiencias de vividas y recordadas para ejemplificar la necesidad de la bioética en el cuidado de manera práctica y tangible, siendo muy gratificante confirmar la vocación de servicio y el orgullo de “ser enfermera”.

3 Consideraciones finales

La teoría bioética sinfonológica permite a los profesionales de enfermería tomar decisiones éticamente individualizadas según la cultura.

Los conceptos paradigmáticos de la teoría sinfonológica determinan en cada uno de ellos que el ser humano puede elegir libremente sus derechos vitales, no solo la salud física sino mediante la consecución de felicidad y bienestar. El abordaje de acuerdos determinado en la teoría sinfonológica establece un cambio paradigmático actuando fiel y libremente para la consecución de los objetivos vitales.

Referencias

Acuña Sánchez, K., Sotelo Osorio, Y., Robles Pérez, A. P., & Gómez Torres, D. (2017). *Factores culturales que intervienen en la atención prenatal en mujeres índigenas*. Obtenido de: https://core.ac.uk/download/pdf/154794953.pdf

Baldi, B. (1 de Noviembre de 2016). *¿Fue John Stuart Mill un auténtico demócrata?* Obtenido de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-43602016000100006

Blackwood, S., & Chiarella, M. (2020). *Barriers to uptake and use of codes of ethics by nurses, Collegian.*, Volume 27, Issue 4. Obtenido de: https://doi.org/10.1016/j.colegn.2019.11.005

Borges Damas, L., Sánchez Machado, R., Peñalver Sinclayin, A. G., Parra Linares, E., González Portales, A., & González Martínez, M. (2019). *Bioética Sinfonológica aplicada al cuidado humanizado de la mujer durante el parto en Cuba.* Obtenido de Revista Cubana de Enfermería: http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2856/504

Calgaro, C., & Oli Koppe Pereira, A. (1 de Enero - Abril de 2017). *Políticas Públicas y Cooperación Social En John Rawls*. Obtenido de: http://dx.doi.org/10.18623/rvd.v14i28.970

Congreso de Colombia. (5 de Octubre de 2004). *Ley 911 de 2004*. Obtenido de Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0911_2004.html

Congreso de la República de Colombia. (2010). *Ley 1374. Por medio de la cual se crea el Consejo Nacional de Bioética y se dictan otras disposiciones.* Obtenido de Diario oficial de la República e Colombia. Art. 2: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1374_2010.html

Daniels, N. (2008). *Just Health, Meeting Health Needs Fairly.*

Daniels, N. (2013). *Reducción de las disparidades de salud en Nir Eyal, Samia A. Hurst, Ole F. Norheim y Dan Wikler (eds.), Desigualdades en salud*: conceptos, medidas y ética. Obtenido de: https://www.hsph.harvard.edu/norman-daniels/

Díaz Rentería, M. G. (1 de Enero - Junio de 2014). *Filosofía de la ciencia del cuidado.* (R. I. salud., Editor, & U. d. Guadalajara, Productor) http://dx.doi.org/10.23913/rics.v2i3.17

Domingo Moratalla, A. (2013). *El arte de cuidar.* (e. -p. editorial.com, Editor, & S. M. Ediciones RIALP, Productor) Obtenido de Atender, dialogar y responder.

Federación Latinoamericana y del Caribe de Instituiciones de Bioética - FELAIBE. (2018). Atención Primaria de Salud: Estudios desde la Bioética y la Enfermería. En F. J. León Correa, & Z. R. Franco Peñaez. Chile: Fundación Interamericana Ciencia y Vida. Centro de Bioética, Instituto de e Innovación en Salud, FacSalud, Universidad Central.

Gomez Rojas , M. L., & Rodríguez Díaz, B. L. (2013). *Situación de enfermería como herramienta para enseñar el proceso de atencion de enfermería.* (R. Cuidarte, Editor). Obtenido de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2216-09732013000100016&script=sci_abstract&tlng=es

Gutiérrez Lesmes, O. A., Torres, C. A., & Loboa Rodríguez, N. J. (04 de Diciembre de 2017). *Factores relacionados con la aplicación del proceso de enfermería en instituciones hospitalarias de Colombia.* http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v9i1.480

Hernández Moreno, J. (2015). *La modernidad líquida.* (n. 4. Política y cultura, Editor, & Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco). Obtenido de: https://www.redalyc.org/jatsRepo/267/26745428014/html/index.html

Horn, P. (2015). *The Philosophical Basis of Bioethics*, Volume 22, Issue 3. Obtenido de: https://doi.org/10.1016/j.spen.2015.05.005

Husted, G. L., & Husted, J. H. (2011). Teoría bioética sinfonológica. En M. Raile Alligood, & A. Marriner Tomey, *Modelos y teorías en enfermería* (págs. 561 - 578). España: Elsevier Mosby.

Leno González, D. (2013). *Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural.* (G. d. Antropología, Editor).

Llanos, C. (2010). *Ideas para llevar*. https://www.carlosllanocatedra.org/legado/frases

Meza-Galván, M. Á., Rodríguez Nava, V. F., & Gómez Lamadrid, O. (2009). *Humanismo en enfermería*. Obtenido de: https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2009/eim092i.pdf

Morales Contreras, B. N., & Palencia Sierra, J. J. (20 de Junio de 2020). *Reflexiones del cuidado enfermero en tiempos de COVID-19.*, 5(3):71-78. (E. Investiga., Editor). Obtenido de: https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/914/859

Pérez Sanz, A. (11 de 06 de 2019). *La opinión de los profesores sobre el currículum de matemáticas*. Obtenido de Entrevistado por: Sebastián San Martín, Daniel: https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/16797

Rivera Castro, F. (10 de Diciembre de 2004). *El imperativo categórico en la fundamentación de la metafísica de las costumbres*. Obtenido de: http://www.revista.unam.mx/vol.5/num11/art81/dic_art81.pdf

Spronk, B., Widdershoven, G., & Alma, H. (19 de Enero de 2020). *Addressing harm in moral case deliberation: the views and experiences of facilitators.* Obtenido de: https://doi.org/10.1186/s12910-020-0450-2

Tangarife Granada, J., Muñoz Astudillo, M. N., & Pérez Cardozo, C. N. (21 de Agosto de 2018). *El rostro humano de la enfermería*. Obtenido de: https://revistas.utm.edu.ec/index.php/QhaliKay/article/view/1896/2074

Tiga Loza, D. C., Parra , D. I., & Dominguez Nariño, C. C. (2014). *Competencias en proceso de enfermería en estudiantes de práctica clinica.* Obtenido de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2216-09732014000100002&script=sci_abstract&tlng=es

Valdez Fernández, A. L. (JULIO-DICIEMBRE de 2017). *Formación bioética e intercultural en enfermería: revisión temática*. (P. y. Bioética, Editor) https://doi.org/10.5294/pebi.2017.21.2.10.

Wands, B. (2018). *A survey of moral distress in certified registered nurse anesthetists: A theoretical perspective for change in ethics education for advance practice nurses*, Volume 5, Issue 2,. (I. J. Sciences, Editor) Obtenido de: https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.03.006

CAPÍTULO 4

O GENOGRAMA E O ECOMAPA COMO INDUTORES DA PRÁTICA INTERPROFISSIONAL COLABORATIVA NA ASSISTÊNCIA ÀS FAMÍLIAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES *MELLITUS*

Queli Lisiane Castro Pereira [1]
Eliane Aparecida Suchara[2]
Priscilla Nicácio Silva[3]
Eliane Augusto Ndiaye[4]
Rosaline Rocha Lunardi [5]

1 Introdução

A transição demográfica, epidemiológica, nutricional e tecnológica reflete-se na condição de saúde e o perfil de morbimortalidade dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), passando de jovens com doenças infecciosas tratáveis e responsivas ao modelo biomédico curativista; para usuários cada vez mais idosos portadores de comorbidades crônicas degenerativas, que requerem cuidados contínuos, de prevenção e de promoção à saúde (Mendes, 2018; Nuin & Méndez, 2019).

1 Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE/UFMT Coordenadora do PET-Saúde Interprofissionalidade. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso - Campus Universitário do Araguaia (UFMT/CUA) Correo electrónico: queli.pereira@ufmt.br
Enfermeira (UFPel) Especialista em Saúde Pública com Ênfase em Serviços, Mestre em Enfermagem (FURG) e Doutora em Ciências (UFMG). Professora do Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde da UFMT. Membro do Núcleo de Estudo e Pesquisa Gerenciamento Ecossistêmico em Enfermagem e Saúde - GEES (FURG) e vice-líder do Grupo de Estudos em Negligências em Saúde, Integralidade e Intersetorialidade -GENESIS (UFMT).

2 Coordenadora do Curso de Farmácia. Coordenadora de grupo tutorial do PET-Saúde Interprofissionalidade. Universidade Federal de Mato Grosso - Campus Universitário do Araguaia (UFMT/CUA). Correo electrónico: eliane.suchara@ufmt.br
Farmacêutica (UFSC). Especialização em Análises Clínicas e Toxicológicas pelo Centro de Pós-Graduação Oswaldo Cruz. Doutora e Mestre (UFSC). Professora de Toxicologia e Análises Toxicológicas. Coordenadora do Curso de Farmácia da Universidade Federal de Mato Grosso - Campus Universitário do Araguaia.

3 Docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso - Campus Universitário do Araguaia (UFMT/CUA). Correo electrónico: priscilla.silva@ufmt.br
Mestra em enfermagem e doutoranda em enfermagem pela Universidade de Brasília. Especialização em Gestão de Redes de Atenção à Saúde pela ENSP/Fiocruz. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso - Campus Universitário do Araguaia (UFMT/CUA).

4 Diretora do Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde. Docente do curso de Farmácia Universidade Federal de Mato Grosso - Campus Universitário do Araguaia (UFMT/CUA). Correo electrónico: eliane.ndiaye@ufmt.br
Farmacêutica (UFMG). Mestre e Doutora em Química (UFMG). Diretora do Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde e docente do curso de Farmácia da Universidade Federal de Mato Grosso - Campus Universitário do Araguaia (UFMT/CUA).

5 Vice-reitora. Coordenadora de grupo tutorial do PET-Saúde Interprofissionalidade. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso - Campus Universitário do Araguaia (UFMT/CUA). Correo electrónico: rosaline.lunardi@ufmt.br
Enfermeira (UFMS), Residência em Enfermagem Ortopedia e Traumatologia no Hospital de Clínicas, da Faculdade de Medicina (USP), Mestrado em Ciências da Saúde - Saúde Pública (FIOCRUZ) e Doutorado em Ciências (UFMG. Vice-reitora da Universidade Federal de Mato Grosso.

As condições crônicas exigem respostas e ações contínuas, proativas e integradas do sistema de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias dos serviços de saúde para o seu controle efetivo, eficiente e com qualidade (Mendes, 2018). O principal problema contemporâneo dos sistemas de atenção à saúde em todo o mundo é a atenção fragmentada, episódica e reativa enquanto deveria ser proativa e contínua (Mendes, 2012).

A resolutividade dos serviços de saúde depende da proficiência técnica dos profissionais, do trabalho efetivo em equipe, do vínculo e da responsabilização às necessidades complexas e dinâmicas de saúde dos usuários. Para reconfigurar o modelo de atenção que corresponda às necessidades de saúde da população, a partir da integralidade da atenção e da humanização na prática de produzir a gestão do cuidado, é preciso que ocorra a transformação das práticas de saúde. Isso será possível a partir da reorientação da formação dos profissionais da saúde, pois tem-se claro que a formação biomédica resulta em discrepância entre o perfil do profissional que a sociedade deseja e do egresso das instituições de ensino superior (Reis, Souza, & Boletta, 2014). O desenvolvimento de projetos de EIP favorece a aproximação dos estudantes e trabalhadores às necessidades de saúde dos usuários, para o cuidado na perspectiva da integralidade (Silva, Peduzzi, Orchard, & Leonello, 2015).

O perfil dos usuários do SUS aponta para a necessidade de fortalecer o modelo de promoção da saúde, de um novo perfil de profissional e, portanto, de um novo modelo educacional para a saúde: a educação interprofissional (EIP)[6]. Esta necessidade decorre diretamente da complexidade e natureza multifacetada da saúde, das necessidades assistenciais e da coordenação eficaz dos serviços (Rapporteur, 2013). A EIP é uma estratégia importante para garantir uma atenção à saúde segura e eficaz (Reeves, 2016).

> Os usuários precisam de instrumentalização, educação em saúde para combater estilos de vida não saudáveis, e assim construir modos de vida benéficos, empoderando-se enquanto sujeitos saudáveis e construtores da sua própria história. Para isso, os profissionais também deverão ser preparados para trabalhar de forma intersetorial e interdisciplinar (Pereira & Siqueira, 2008, p. 48).

Acrescenta-se a formação interprofissional para o desenvolvimento da Prática Interprofissional Colaborativa (PIC) à citação. A prática colaborativa ocorre quando vários profissionais de saúde com diferentes experiências profissionais trabalham com pacientes, famílias, cuidadores e comunidades para fornecer cuidados da maior qualidade. Permite que os profissionais de saúde interajam com qualquer indivíduo cujas habilidades possam ajudá-los a atingir as metas locais de saúde (REIPE, 2019).

A PIC usa as estruturas de competências colaborativas para orientar a construção de estruturas de colaboração interprofissional: comunicação interprofissional; cuidado centrado no paciente, cliente, família e comunidade; clareza de funções; funcionamento da equipe; resolução de conflitos interprofissionais e liderança colaborativa (CIHC, 2010). Estudantes e profissionais devem

---

6 EIP ocurre cuando los estudiantes de dos o más profesiones aprenden sobre los demás, con los demás y entre sí para posibilitar la colaboración eficaz y mejorar los resultados en la salud (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

compartilhar e aconselhar uns aos outros sobre EIP e PIC (REIPE, 2019). A EIP tem potencial de indução da PIC nos serviços, mas para que aconteça são necessárias mudanças culturais, com grandes desafios institucionais e políticos, que tornem a EIP sustentável e resolutiva (Costa, 2017).

Enfrentar o desafio de uma mudança qualitativa nos processos de formação e garantir condições de trabalho que favoreçam o desempenho dos trabalhadores da saúde e respondam as demandas de saúde da população, requer esforços de articulação entre os Ministérios da Saúde e da Educação (OPAS, 2018). Com este objetivo de promover as mudanças formativas essenciais para a efetividade de PIC no sistema de saúde pública brasileiro, há uma iniciativa brasileira interministerial governamental exitosa, o Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET Saúde), que tem induzido reformas curriculares para propostas interprofissionais.

Para reorientar a formação em saúde e fomentar atitudes, habilidades e competências colaborativas necessárias à PIC, a equipe executora do PET Saúde/Interprofissionalidade[7] da Universidade Federal de Mato Grosso – Campus Universitário do Araguaia elegeu o Genograma e o Ecomapa como ferramentas estratégicas para alcançar a PIC na assistência às famílias portadoras de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) usuárias do SUS em Pontal do Araguaia - MT.

Este capítulo propõe-se a refletir sobre as contribuições do Genograma e do Ecomapa como instrumentos para a indução e facilitação da Prática Interprofissional Colaborativa (PIC) e assistência integral às famílias em condições de cronicidade, em especial aquelas com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

2 Desenvolvimento

Para corresponder às necessidades complexas e dinâmicas de saúde dos usuários do SUS, os profissionais de saúde necessitam de formação e treinamento para desenvolver atitudes, conhecimentos e habilidades requeridas para efetivamente trabalharem de forma colaborativa, proativa, contínua e usuário-centrada. A parceria entre a Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT) e a Prefeitura Municipal de Pontal do Araguaia, via PET-Saúde Interprofissionalidade, inseriu 30 discentes dos cursos de Enfermagem, Educação Física, Farmácia e Biomedicina no território de saúde da APS com intuito de promover a EIP.

Na perspectiva de construção da Interprofissionalidade, empregaram-se metodologias ativas intervencionistas no processo de ensino aprendizagem. Assim, genograma e ecomapa foram inseridos no contexto de ensino e nas práxis dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) como ferramentas estratégicas para alcançar a PIC na assistência às famílias portadoras de hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus usuárias do SUS em Pontal do Araguaia-MT.

O processo de construção do genograma e do ecomapa foi desenvolvido em 4 etapas (Figura 1).

---

7 Fonte de financiamento: Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET Saúde/ Interprofissionalidade 2019-2021 (Edital nº 10 de 23 de julho de 2018, Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde).

Figura 1. Etapas desenvolvidas para a construção dos instrumentos genograma e ecomapa no programa PET Saúde Interprofissionalidade – Araguaia
Fonte: Elaborado pelas autoras (2010).

Na etapa de qualificação, os integrantes do PET realizaram o Curso Introdutório sobre Educação Interprofissional disponibilizado na plataforma Ambiente Virtual de Aprendizagem do Sistema Único de Saúde (AVASUS). Os minicursos "Avaliação Usuário Centrada na Atenção Básica", "Grupos Operativos e Metodologias Ativas" e "Treinamento Interprofissional em Atenção Básica" foram realizados para nivelamento sobre Atenção Básica à Saúde, Genograma e Ecomapa, HAS, DM e Estratificação de Risco. Assim, alcançou-se maior clareza conceitual sobre a educação interprofissional e firmou-se a intencionalidade do desenvolvimento de competências colaborativas na APS.

O município de Pontal do Araguaia tem uma população estimada de 6.843 habitantes (IBGE, 2020). Durante 10 meses foram realizadas visitas domiciliares aos 509 usuários acometidos de HAS e DM, tanto na zona urbana quanto na rural. As visitas eram realizadas por equipes compostas por três discentes de cursos de graduação diferentes (Enfermagem, Educação Física, Farmácia e Biomedicina), como observação da Interprofissionalidade, sendo, algumas vezes, acompanhadas por profissionais de saúde preceptores (Assistente Social, Profissional de Educação Física, Enfermeira, Fisioterapeuta, Nutricionista e Odontólogo) e docentes tutores (Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia e Psicologia). Os discentes compareceram às visitas domiciliares, por vezes, sem supervisão direta dos tutores e preceptores.

A visita domiciliar constituiu um momento de interação entre os discentes, os profissionais da APS e os usuários e, ainda, de acolhimento ao usuário e sua família pelo serviço de saúde. Neste momento de diálogo em que o usuário contava a sua história, ocorria também a coleta de dados. O discente realizava, espontaneamente, perguntas direcionadas a identificar a situação de saúde do usuário e buscava conhecer a estrutura, interações e relações dentro da família e com a comunidade a sua volta. Não houve preparo de um roteiro prévio, pois a intenção da dinâmica era propiciar espaço de aprendizagem autodirigido experimental e reflexivo na formação, através da autonomia e maior protagonismo discente. No entanto, estavam definidos os objetivos a serem alcançados na visita domiciliar: a construção do genograma e do ecomapa. A liderança na condução das visitas era alternada entre os discentes, o que permitiu a experiência

em conduzir a equipe ao mesmo tempo em que permitiria a observação, a ponderação das condutas tomadas e promovia o próprio desenvolvimento a partir da realidade vivenciada.

O diário de campo preenchido pelos discentes era um formulário padrão elaborado pela tutoria do PET, composto de cinco partes: 1) Identificação da data e dados da equipe responsável pela visita; 2) Descrição do caso, onde eram registradas as histórias e os dados coletados; 3) Interpretação do caso, com explicação, conceitos, observações e aproximações de determinantes e condicionantes do estado de saúde; 4) Reflexões sobre a atividade e planos para a próxima visita/atividade relacionada ao usuário; 5) Relato de desafios, dificuldades, dúvidas, imprevistos, tanto para o aluno ou para um profissional específico e/ou para a equipe, quanto para a instituição e os sujeitos envolvidos no processo. Este instrumento registrava o relato do momento vivenciado e ponderações sobre o caso observado.

Na sequência, deu-se início a elaboração gráfica dos genogramas e dos ecomapas, com legendas informativas, que seguiram os símbolos e códigos padronizados pela literatura. Para a construção desses instrumentos havia necessidade de atentar para três fatores: a) avaliação estrutural, quando devem ser fornecidas informações quanto à composição familiar, ordem de nascimentos e óbitos; b) ciclo vital da família e os vínculos afetivos estabelecidos com familiares, amigos e vizinhos; c) relativo às rotinas diárias e aqueles que buscam conhecer como os indivíduos se comunicam uns com outros.

Houve a elaboração de 254 genogramas e ecomapas de usuários portadores de condições crônicas, produto de uma ou mais visitas domiciliares. O usuário do serviço de saúde portador de DM e/ou HAS entrevistado constituiu o indivíduo central na representação e no mínimo três gerações foram investigadas. A técnica para construção dos genogramas e dos ecomapas poderia ser feita de forma manual ou informatizada. Através destas ferramentas compreendeu-se a estrutura e organização familiar, independente dos laços sanguíneos, os acontecimentos importantes, a dinâmica e intensidade das relações ao longo do tempo, os laços que o usuário possui com familiares e com a comunidade. Os estudantes também conversaram com as famílias dos usuários, vizinhos, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e outros profissionais das Unidades de Saúde da Família (USF), com o intuito de reunir o máximo de informações para mapear e analisar as redes de relações e os cenários dessas famílias.

O diário de campo, o genograma e o ecomapa são ferramentas de informação e comunicação complementares entre si. Os discentes, conjuntamente, analisaram e avaliaram o exame clínico por eles realizado, bem como o tratamento que os usuários estavam recebendo, a fim de elaborar uma proposta conjunta da atenção integral (medicação, cuidados, atividade física, nutrição etc.). Ao longo do processo de conhecer as vulnerabilidades da situação real de saúde de cada usuário foi possível fomentar a PIC. Por fim, os genogramas e os ecomapas foram anexados aos prontuários terapêuticos dos usuários nas USF, que embora fossem instrumentos previstos para a atenção primária à saúde das famílias, ainda não eram efetivados. As PIC em desenvolvimento pelos discentes, preceptores e tutores tem ancorado a elaboração de Planos Terapêuticos Singulares, com definição de estratégias mais eficientes.

No transcorrer da aprendizagem baseada em problemas, como mostr a Tabela 1, desenvolveram-se relevantes competências colaborativas: clareza de papéis, funcionamento da equipe, atenção centrada no usuário, comunicação interprofissional, liderança colaborativa e resolução de conflitos.

Tabela 1.
Competências Colaborativas desenvolvidas no processo de construção e elaboração do genograma e do ecomapa no PET-Araguaia a partir da matriz canadense

Competências Colaborativas	Conhecimentos, habilidades, atitudes e valores articulados no processo de construção do genograma e do ecomapa
Comunicação Interprofissional	• Dialogar sobre a interação discente/paciente; • Escutar ativamente membros da equipe, usuários/família; • Utilizar comunicação Interprofissional para facilitar o processo de tomada de decisões; • Empregar comunicação colaborativa, respeitosa, ágil e responsável; • Interagir, debater e negociar durante a comunicação; • Demonstrar confiança entre os membros da equipe e com o usuário/família
Atenção centrada no usuário/ família e comunidade	• Desenvolver a escuta qualificada quanto às necessidades do usuário/família; • Estabelecer parceria entre os envolvidos (estudantes e profissionais) focado no usuário; • Disponibilizar o acesso ao usuário quanto ao conhecimento e as habilidades dos profissionais; • Escutar do usuário, para este sentir o controle sobre o seu cuidado
Funcionamento em equipe	• Refletir sobre a compreensão de trabalho em equipe e a satisfação dos usuários; • Prover insights sobre as relações profissionais, organização do trabalho em equipe e aspectos da colaboração interprofissional; • Reconhecer o papel de cada um na rede de atenção básica e respeitar a especificidade de cada profissão; • Validar a importância da ética, confidencialidade e profissionalismo
Clareza de papéis	• Compreender o seu papel e dos outros profissionais da equipe na satisfação dos usuários; • Consultar as habilidades e conhecimento de outros membros da equipe mais adequados à situação; • Respeitar à condução do colega profissional; • Empregar adequadamente o conhecimento para atingir os objetivos; • Discutir os alcances / correspondências às necessidades de saúde da população alvo
Liderança colaborativa	• Planejar ações/estratégias para melhorar a realidade encontrada respeitando a opinião, valores éticos e culturais. • Estabelecimento de uma liderança compartilhada; • Responsabilidade pelas suas próprias ações e responsabilidades partilhadas pelos processos escolhidos para alcançar os resultados; • Escolha do líder dependendo da situação; • Vivenciar o momento de orientar para a execução da tarefa correta; • Orientação para um trabalho mais efetivo em equipe; • Facilitação da tomada de decisão colaborativa e mais eficaz para o usuário; • Promoção de um clima de colaboração prática entre todos da equipe

Resolução de conflitos interprofissionais.	• Reafirmar a importância da participação/manifestação de todos os membros na tomada de decisão; • Conhecimento das estratégias para lidar e resolver conflitos; • Identificar situações comuns de possíveis conflitos, desacordos, ambiguidade de papéis; • Exercitar e aprender a trabalhar com diferentes opiniões, encarando como uma oportunidade de aprendizagem; • Promover ambiente para discussão segura de diferentes pontos de vistas

Fonte: Desenvolvido pelas autoras a partir do CIHC (2010).

Apresenta-se, em síntese, as ações intencionais do PET-Araguaia no processo de formação centrada no aluno e assistenciais com foco nas necessidades dos usuários/famílias que convivem com condições crônicas de saúde (Figura 2).
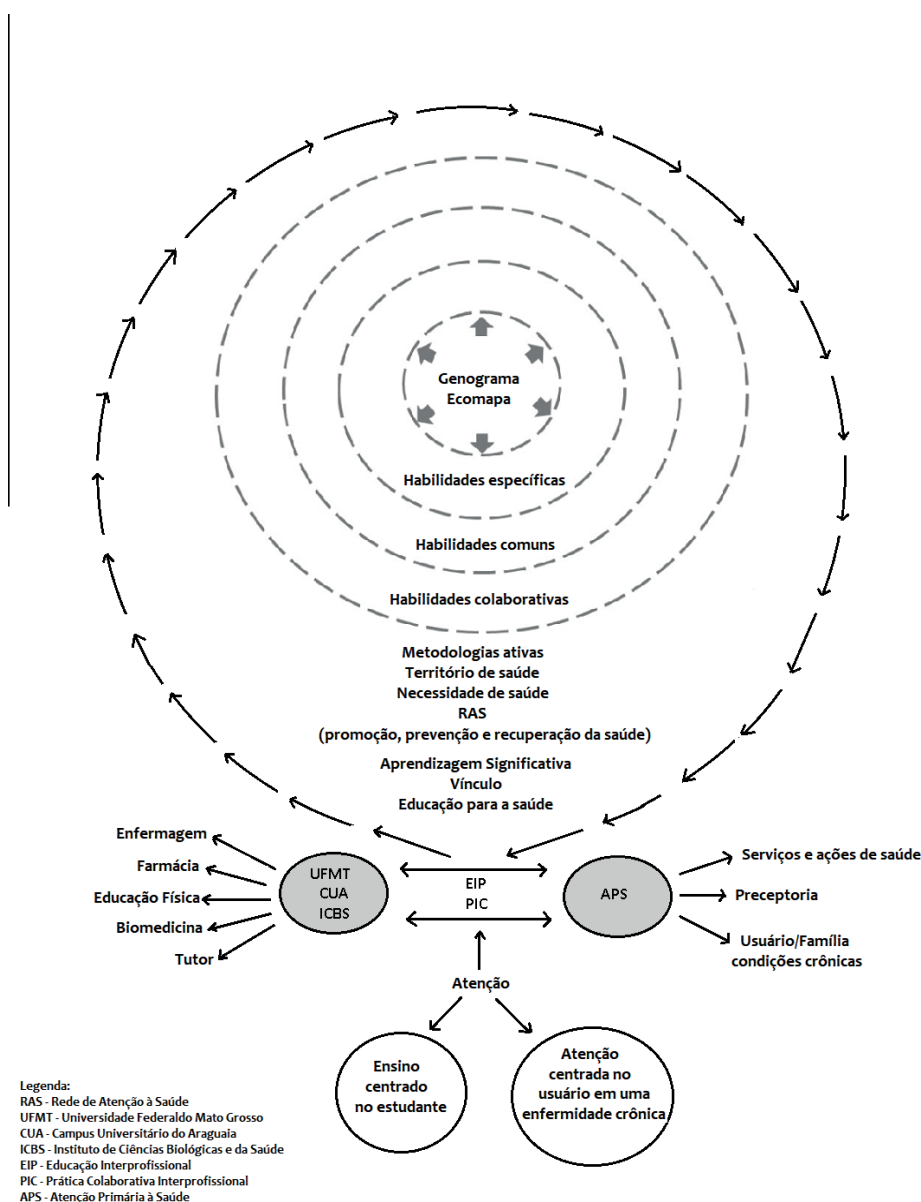
Figura 2. Genograma e Ecomapa indutores da Prática Interprofissional Colaborativa

Fonte: Elaborado pelas autoras (2010).

A utilização do genograma e do ecomapa, como ferramentas indutoras de práticas interprofissionais, possibilitou aprofundar o conhecimento sobre: fatores biopsicossociais, compreensão da singularidade de cada usuário, atenção integral à saúde, importância de compartilhar informações, objetivos e responsabilidades sobre o andar do usuário na Rede de Atenção à Saúde (RAS); induziu ainda, o envolvimento do usuário e sua família como parceiros corresponsáveis pelo cuidado/terapêutica e a compreensão do usuário/família acerca da situação de saúde; evidenciou a importância da comunicação efetiva, da construção compartilhada de possibilidades. Em linhas gerais, essas ferramentas deixaram visíveis as possibilidades e necessidades de integrar ações de promoção, prevenção, recuperação da saúde e reabilitação, de formas interprofissionais, intersetoriais e, principalmente, colaborativas na RAS. Houve a aprendizagem significativa, ou seja, aplicação do que têm aprendido na formação no cenário de produção de saúde (Figura 2).

A construção do trabalho em saúde com envolvimento de todos os membros da equipe de forma integrada e colaborativa, consiste em um processo dinâmico no qual os profissionais aprendem a trabalhar juntos, reconhecer e valorizar os papéis de cada profissão, conhecer as características da população atendida, definir os objetivos de intervenção e planejar as ações e cuidados de saúde, atuando de maneira interprofissional sem a segmentação do serviço (Fox & Reeves, 2015).

A utilização de práticas colaborativas pelas equipes interprofissionais de atenção à saúde otimiza a assistência ao prestarem serviços de saúde mais integrais, centrados no usuário, de melhor qualidade e resolutividade. Portanto, é uma estratégia importante que melhora a capacidade dos recursos humanos da saúde e os resultados e, em última instância, fortalece os sistemas de saúde (Reis et al., 2014).

A integração e colaboração das equipes da APS com demais serviços de atenção à saúde é primordial para o desenvolvimento de estratégias aplicáveis e resolutivas frente a complexidade do cuidado em saúde. Nesse aspecto, a colaboração, caracterizada pela comunicação interprofissional, promove a construção de parcerias, grupos sociais e avanços nas políticas de saúde, com introdução do usuário e da comunidade na consolidação da atenção qualificada em saúde. A construção dessa conexão, entre profissões e entre equipe e usuário, melhora o acesso, a abrangência e o impacto que dá à comunidade APS, promovendo a satisfação no trabalho dos profissionais envolvidos e garantindo a participação dos usuários do serviço de saúde (Agreli, Peduzzi, & Silva, 2016).

A metodologia proposta no PET-Araguaia para as visitas domiciliares, onde os discentes compareceram, por vezes, sem supervisão direta dos tutores ou preceptores, foi fundamental para permitir que se organizassem como uma equipe e começassem a desenvolver habilidades e competências necessárias para o desenvolvimento do efetivo trabalho colaborativo. Pode-se destacar como produtos da utilização da metodologia construtivista, o aumento da autonomia do discente, maior protagonismo no processo de formação e do conhecimento do território de saúde, aprendizado compartilhado mútuo; desenvolvimento das competências específicas, comuns e colaborativas, maior compreensão da natureza dos problemas e entendimento

dos casos clínicos; maior comprometimento com as demandas sociais e de saúde, além de diminuição do isolamento profissional na equipe da APS e mudança de atitude dos atores do PET e da equipe (Figura 2).

A necessidade de resposta efetiva, eficiente e segura dos sistemas de saúde quanto as situações encontradas na prática clínica, tem promovido mudanças nos modelos de atenção à saúde, de forma a atender a natureza singular das condições encontradas. A organização dos serviços de saúde de forma satisfatória, equilibrada e humanizada, seguindo uma rede direcionada de cuidados, com o fortalecimento da APS e do trabalho colaborativo, permite consolidar a atuação eficiente dessas equipes. Nesses novos modelos, as decisões clínicas são tomadas com base em discussão interprofissional, participação colaborativa, tomada de decisão centrada na participação do usuário e evidências científicas (Mendes, 2018).

Em torno desse transcurso, a educação profissional não se desenvolveu no ritmo desses desafios, principalmente por ter um currículo fragmentado, obsoleto e estático, que produz graduados mal preparados. Encontra-se a transição nos modelos de ensino e de atuação profissional como uma resposta às demandas por mudança nos sistemas de saúde (Frenk et al., 2011; Reeves, 2016). A EIP favorece a aproximação dos estudantes e trabalhadores às necessidades de saúde dos usuários para o cuidado na perspectiva da integralidade (Silva et al., 2015).

Assim, na APS, o processo de trabalho das equipes de saúde da família deve ser orientado à prática do cuidado familiar ampliado e sistemático, atuante através do conhecimento e relacionamento prévio com as famílias, visando promover intervenções versáteis, baseadas em evidências e fundamentadas na realidade do indivíduo, da família e da comunidade. Neste contexto, o PET Saúde Interprofissionalidade desenvolvido no Araguaia, criou um ambiente no qual o usuário ficou mais à vontade para falar sobre a sua vida pessoal ao ser acolhido por pessoas interessadas em ouvi-lo. O vínculo estabelecido entre as famílias e a equipe interprofissional oportunizou a realização de educação em saúde na promoção de prática de comportamentos, hábitos e estilo de vida mais saudáveis e o esclarecimento de dúvidas do usuário.

Nessa perspectiva, para a instigar a PIC conforme descrito na *Figura* 2, o genograma e o ecomapa foram implementados na formação discente, na qualificação e na prática assistencial do PET-Araguaia. No processo de construção do genograma e do ecomapa, os discentes desenvolveram maior domínio das tecnologias leves relacionais, dadas pela comunicação interprofissional e entre usuário dos serviços de saúde e equipe. A ampliação das possibilidades de cuidado pode ser experimentada tanto por discentes quanto tutores e preceptores.

A abordagem familiar domiciliar é comprovada como fator indispensável para a construção de bons indicadores de saúde comunitária. O conhecimento sobre o contexto de vida do indivíduo e sua família permite o rastreamento de disfuncionalidades que atingem o bem-estar biopsicossocial, tornando explicitas algumas questões familiares e comunitárias, promovendo uma observação mais ampla e direcionada, o que permite a implementação de intervenções mais efetivas (Voigt, Bojanowski, Taché, Voigt, & Bergmann, 2016). Os instrumentos de

avaliação familiar, genograma e ecomapa, permitem a visualização da estrutura familiar e suas peculiaridades, assim como suas inter-relações com a comunidade, fornecem uma compreensão dos eixos assistenciais a serem desenvolvidos pela equipe de saúde (Nogueira et al., 2017).

O genograma consiste em um mapa visual das relações e conexões entre os membros da família, por meio da construção gráfica da estrutura e padrão familiar. Trata-se de uma ferramenta importante para o serviço das equipes de APS, pois reúne informações sobre a doença da pessoa alvo do cuidado, sua rede de apoio psicossocial, os antecedentes genéticos e situações relevantes ao estado de saúde, e permite o desenvolvimento de competências colaborativas. Esta ferramenta dinâmica, indutora da PIC, pode ser completada conforme o contato da equipe com a família se intensifica, munido de regras básicas na inclusão de elementos de identificação, como história de vida prévia, contexto atual de vida, emoções, conflitos, relações com a saúde e outras informações relevantes (Borges, Costa, & Faria, 2015; Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2013).

Entretanto, a compreensão da família pode não ser suficiente para a concretização do cuidado direcionado e amplificado, já que outros atores possuem relação com a família também influenciam no equilíbrio familiar. Nesse cenário, o ecomapa pode ser utilizado em complemento ao genograma. Trata-se da representação gráfica dos contatos dos membros familiares com outros sistemas sociais, suas relações com a comunidade. O ecomapa auxilia na avaliação dos suportes disponíveis no contexto de vida da família, e pode apontar a melhor direção para o trabalho em saúde a ser desenvolvido (BRASIL, 2013).

A utilização dessas ferramentas aumenta a eficácia das ações na atenção domiciliar, promovem o vínculo e facilitam a compreensão de alguns agravos antes não evidenciados ou não compreendidos (BRASIL, 2013). Potencialmente, contribuiu na forma de orientar a abordagem familiar, inferindo elaborações colaborativas entre equipe de saúde, discentes e família. A proposta de alternativas de intervenção foi concebida a partir de uma perspectiva plural de saberes, superando uma lógica técnica em saúde (Feldner, Cussolim, Martins, Felicidade, & Camargo, 2018).

Os produtos da utilização do genograma e do ecomapa como indutores da PIC no PET-Araguaia transcendeu a revisão rápida dos profissionais sobre a situação da família, promoveu o vínculo e estimulou a empatia; amplificou a necessidade de rastreamento familiar, a promoção de alterações no estilo de vida familiar, a participação familiar, a demonstração das relações familiares e o direcionamento de ações de intervenção possíveis identificados por Borges et al. (2015).

Esta situação de ensino e aprendizagem vivenciada no PET-Araguaia teve a intencionalidade de promover e vivenciar as competências colaborativas fora da sala de aula e dos laboratórios de ensino da universidade. A avaliação dos aspectos que integraram as estruturas interna, externa e contexto familiar do usuário com condições crônicas possibilitaram o desenvolvimento das competências colaborativas ao mesmo tempo em que se buscava medidas de intervenção efetivas às necessidades identificadas e a aprendizagem significativa ocorria (Tabela 1).

Há evidências robustas que as redes de atenção à saúde melhoram os resultados sanitários

nas condições crônicas, diminuem as referências a especialistas e a hospitais, aumentam a eficiência dos sistemas de atenção à saúde, produzem serviços mais custo/efetivos, incrementam a satisfação das pessoas usuárias e contribuem para a melhoria dos resultados sanitários (Agreli et al., 2016; Mendes, 2018).

Aprendizagem através da prática possibilita, além da aquisição de conhecimento, habilidades, valores e o desenvolvimento de atitudes essenciais para adequado desenvolvimento do futuro profissional (Reis et al., 2014). Essa experiência educacional mostrou-se extremamente válida pois, proporcionou aos alunos uma experiência difícil de reproduzir em sala de aula ou em um ambiente simulado. Nesse cenário, algumas vulnerabilidades, pontuais ou não, foram observadas e trabalhadas no transcorrer das atividades, a saber: diferente nível de compreensão sobre comunicação entre a equipe; casos de indefinição de liderança; conhecimento não uniforme sobre interprofissionalidade e sobre o papel/ função das profissões de saúde; expectativa de ausência de conflitos e de divergências na equipe executora; e tendência em atuar com colegas já conhecidos e de maneira uniprofissional.

As atividades de tutoria para superar os momentos de vulnerabilidade propiciaram crescimento profissional dos envolvidos, que no futuro deverá refletir em melhores resultados à comunidade. A resolução de conflitos interprofissionais é reconhecida como competência colaborativa e o conflito faz parte das práticas e é importante reconhecê-lo e aprender a lidar com ele de forma compartilhada com os demais profissionais da equipe, do serviço e da rede de atenção à saúde (Toassi, 2017).

Destaca-se como pontos fortes: a ótima receptividade dos usuários; momentos de reflexão e definição de estratégias para superar as dificuldades encontradas; a harmonia e metas comuns do grupo PET. Iniciativas como esta geram benefícios a todos os envolvidos. Para o usuário do sistema de saúde: uma análise mais completa e integral da sua condição de saúde por meio da construção interprofissional e da inserção do genograma e do ecomapa no seu prontuário, o que possibilita um atendimento diferenciado e com resultados mais eficientes e, por consequência, maior satisfação do usuário. Quanto aos discentes: destaca-se a solidariedade acadêmica entre eles e o fato que a liderança não ocorreu por um curso específico, mas assumida alternadamente por todos os cursos. Para os preceptores: constituiu-se um momento de atualização, aperfeiçoamento, aprendizagem e troca de conhecimento. A oportunidade de compartilhar conhecimento com os discentes serviu como um desafio, um fator de motivação e estímulo para os profissionais que estavam na sua zona de conforto após a entrada no mercado profissional. E por fim, a experiência interprofissional para os docentes: além da qualificação e experiência proporcionada para os professores, o PET contribuiu para o fortalecimento da EIP numa perspectiva integradora de enfrentamento dos problemas de saúde, centrado nas necessidades dos serviços de saúde/ comunidade e, sobretudo, promoveu a adequação curricular para a formação de profissionais de saúde sensíveis a essencialidade da educação interprofissional.

3 Considerações finais

A estratégia de ensino com a adoção de metodologias ativas intervencionistas sob o enfoque dialógico, crítico propiciaram espaço de aprendizagem autodirigido experimental e reflexivo na formação, por meio do protagonismo discente. O PET-Araguaia oportunizou aos discentes o aprendizado com outras categorias profissionais e a percepção da importância do trabalho colaborativo, pois fomentou-se, de forma conjunta, ações de tutoria e preceptoria direcionadas à gestão do cuidado centrada no usuário. A partir do processo de aprendizagem compartilhada com horizontalização dos saberes e discussões clínicas, sob o enfoque de diferentes perspectivas e saberes, foi possível a experiência do trabalho efetivo em equipe, na promoção de PIC. A utilização do genograma e do ecomapa configuraram-se como ferramentas exitosas e estratégicas para a indução de PIC. As reflexões, autoavaliações e feedback dos diários de campo das visitas domiciliares, foram direcionadas à construção do genograma e do ecomapa, como estratégia privilegiada, potencializadora à formação interprofissional e à PIC, ao instigar o reconhecimento da importância das competências específicas, comuns e colaborativas das diferentes profissões da saúde. O acolhimento, o vínculo e a atividade usuário centrada tiveram sua importância evidenciadas, assim como houve reconhecimento das limitações de ações e atividades verticalizadas e centralizadas de algumas categorias profissionais.

A partir do genograma e do ecomapa foi possível discutir o cuidado na perspectiva da integralidade (cuidado ampliado às múltiplas necessidades de saúde), visualizar e promover a corresponsabilização do usuário no seu processo de cuidado além de fomentar a humanização da assistência (política de gestão). Ainda, os elementos de construção dos genogramas e dos ecomapas incluem estratégias de comunicação, resolução de conflitos e guia de tomada de decisão compartilhada eficaz.

Implementar o genograma e o ecomapa como ferramentas para práticas interprofissionais colaborativas trouxe benefícios para discentes, tutores e preceptores e usuários do SUS de Pontal do Araguaia. A educação interprofissional e a prática colaborativa são consideradas componentes-chave para a reforma educacional e institucional necessárias às profissões de saúde em todo o mundo, para garantir que os profissionais estejam equipados com as competências para atender às necessidades atuais de saúde das populações. Este comprometimento com as demandas sociais e de saúde agrega satisfação e dá concretude ao propósito institucional de que a formação não deve estar deslocada do processo de construção de uma sociedade melhor.

Referências

Agreli, H. F., Peduzzi, M., & Silva, M. C. (2016). Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. *Interface: Communication, Health, Education*, *20*(59), 905–916. Recuperado de: https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0511

Borges, C. D., Costa, M. M., & Faria, J. G. de. (2015). Genograma y atención primaria de la salud: em busca de la integralidad. *Revista Psicologia e Saúde*, 133–141. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2177-093X2015000200007&lng=pt&nrm=iso&tlng=es

Canadian Interprofessional Health Collaborative [CIHC]. (2010). *A national interprofessional* Health Collaborative. (2010). A national Interprofessional competency framework. Recuperado de: http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf

Feldner, C. B., Cussolim, F. D., Martins, L. C. N., Felicidade, P. J., & Camargo, F. C. (2018). *La práctica del enfoque familiar en el contexto de la atención primaria: estudio de caso comparado*. *39*, 5. Recuperado de: https://doi.org/10.14198/cuid.2018.52.13

Fox, A., & Reeves, S. (2015). Interprofessional collaborative patient-centred care: a critical exploration of two related discourses. *Journal of Interprofessional Care*, *29*(2), 113–118. Recuperado de: https://doi.org/10.3109/13561820.2014.954284

Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T, Fineberg, H, García, P, Ke, Y, Kelley, P, Kistnasamy, B, Meleis, A, Naylor, D, Pablos-Mendez, A, Reddy, S, Scrimshaw, S, Sepulveda, J, Serwadda, D & Zurayk, H. (2011). Profesionales de la salud para el nuevo siglo: transformando la educación para fortalecer los sistemas de salud en un mundo interdependiente. *Revista peruana de Medicina experimental y Salud Pública*, 28, 337-341. Recuperado de: https://www.elsevier.es/es-revista-educacion-medica-71-articulo-profesionales-salud-el-nuevo-siglo-S1575181315000133

Costa, M.V., (2017). *A potência da educação interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas no trabalho em saúde. In Toassi, R.F.C, organizadora. Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?(*14-27) Porto Alegre: Rede Unida. Recuperado de: http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/vol-06-interprofissionalidade-e-formacao-na-saude-pdf

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE] (2010). *Censo demográfico*. Recuperado de: https://sidra.ibge.gov.br/pesquisa/censo-demografico/demografico-2010/inicial

Mendes, E. V. (2012). O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. In: *Organização Pan-Americana da Saúde*. Recuperado de: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf

Mendes, E. V. (2018). Entrevista: A abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, *23*(2), 431–435. Recuperado de: https://doi.org/10.1590/1413-81232018232.16152017

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2013). *Caderno de atenção domiciliar*. Recuperado de: www.saude.gov.br/dab

Nogueira, A. P. F., Lucena, K. D. T. D., Pinto, B. P. V., Araújo, M. F., Ataíde, M. C. C. D., Pedrosa Neto, W. D., & Deininger, L. D. S. C. (2017). A importância do uso do genograma para compreensão da dinâmica familiar. *Rev. enferm. UFPE online*, 5110-5115. Recuperado de: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23522

Nuin, J. J. B., & Méndez, M. j. P. (2019). Por que precisamos da educação interprofissional. In: *Manual de Educação Interprofissional em Saúde* (J. J. B. Nuin & E. I. Francisco, Eds.). Elsiever.

Organização Pan Americana de Saúde [OPAS]. (2018). *Relatório 30 anos de SUS. Que SUS para 2030?*

Pereira, Q. L. C., & Siqueira, H. C. H. (2008). Cuidado Humano Frente ao Modelo Biomédico e na Perspectiva do Modelo da Promoção da Saúde. In: H. C. H. de Siqueira (Ed.), *Cuidado Humano Plural* (2nd ed., p. 239). Editora da FURG.

Rapporteur, P. A. C. (2013). *Educação interprofissional para colaboração*: Aprendendo como melhorar ... - Instituto de Medicina, Conselho de Saúde Global. Fórum Global sobre

Inovação em Educação Profissional em Saúde, Google Livros. The Nationa Academies. Recuperado de: https://nap.nationalacademies.org/read/13486/chapter/1

Rede Regional de Educação Interprofissional das Américas [REIP]. Princípios para o êxito da educação e prática interprofissional colaborativa. (2019). *Princípios para o êxito da Educação e prática interprofissional colaborativa* (2019, Ed.; Vol. 1).

Reeves, S. (2016). Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. *Interface: Communication, Health, Education*, *20*(56), 185-196. Recuperado de: https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0092

Reis, F. J. C. dos, Souza, C. da S. S., & Bolleta, V. R. (2014). Princípios básicos de desenho curricular para cursos das profissões da saúde. *Revista Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto*, *47*(3), 272-279. Recuperado de: https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/86615

Silva, J. A. M., Peduzzi, M., Orchard, C., & Leonello, V. M. (2015). EIP e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Rev Esc Enferm USP*, *49*(Esp2), 16-24. Recuperado de: https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000800003

Toassi, R. F. C. (Org). (2017). *Interprofissionalidade e formação na saúde*: onde estamos?, *6*

Voigt, K., Bojanowski, S., Taché, S., Voigt, R., & Bergmann, A. (2016). Home visits in primary care: contents and organisation in daily practice. Study protocol of a cross-sectional study. *BMJ Open*, *6*(2), e008209. Recuperado de: https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008209

CAPÍTULO 5

EL ABORDAJE FAMILIAR EN LA FORMACIÓN DE GRADO Y POSGRADO DEL LICENCIADO EN ENFERMERÍA EN URUGUAY

Esther Lacava[1]
Rosemary Carrillo [2]

1 Introducción

En Uruguay, la relación enfermera/médico en el 2010 era de una enfermera por cada 3,3 médicos. Este indicador expresa la relación existente y afecta a la interdisciplina, la complementariedad de las miradas y de las acciones del equipo de salud (Batthyány, Genta, & Perrota, 2010; Batthyány, Espino, & Soto 2014). En algunos países como Canadá, Suecia, Cuba y Gran Bretaña, la relación enfermera-médico es cercana a cuatro enfermeras por médico. En el ámbito regional se acordó alcanzar para el 2015 una relación de un médico por enfermero/a. Sin embargo, aún no se ha llegado a esta relación esperada (OPS, 2015). Según los datos del censo nacional de enfermería (2013), el promedio nacional de la densidad de licenciadas/os en enfermería son de 12 cada 10.000 habitantes. Entre el 7,65 % y 9,18 % de las/os licenciadas en enfermería que trabajan en los principales prestadores de salud en Uruguay pertenecen a servicios relacionados con el primer nivel de atención (OPS, 2015).

La orientación familiar y comunitaria en la renovación de atención primaria de salud (APS) es uno de los componentes del sistema de salud basado en APS. Lo que supone que la atención no descansa exclusivamente en el análisis de las situaciones desde una perspectiva individual o clínica. La visión de la salud pública toma elementos de la información familiar y comunitaria para identificar riesgos y/o fortalezas y decidir el orden de prioridades de las intervenciones, siendo estos elementos los ejes principales de la planificación y la intervención del sistema (OPS, 2007).

Los modelos de atención en salud familiar en la región marcan una tendencia en varios países, donde se toman como ejemplo para desarrollar estrategias tácticas y operativas en las políticas de salud. El abordaje familiar es un aspecto de interés que en Uruguay ha influido en planes y programas de políticas sociales y de salud. Se espera que la integración del enfoque familiar en las políticas sociales, específicamente en salud, aporte una visión hacia una atención integral (Carrillo, 2014). En este contexto, el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en Uruguay retoma la APS donde se considera que la familia y la comunidad son los ejes

1 Directora del Departamento de Enfermería de la Facultad de Enfermería, Universidad de la República (UDELAR). Magíster en Gestión de los Servicios de Salud. Especialista en Enfermería en Salud Familiar y Comunitaria, Especialista en Gestión de los Servicios de Salud. Correo electrónico: estherlacava@gmail.com

2 Docente adjunta del Departamento de Enfermería Comunitaria de la Facultad de Enfermería, UDELAR. Licenciada en Enfermería, Especialista en Enfermería en Salud Familiar y Comunitaria. Doctoranda en PPGENF-UFPEL Brasil. Correo electrónico: rosmecarrillo@gmail.com

principales de la planificación e intervención del sistema (OPS, 2007). Dentro del primer nivel de atención, uno de sus ejes estratégicos para el cambio de modelo de atención son las políticas de formación de los recursos humanos (OPS, 2011).

Las enfermeras son miembros esenciales del personal en el ámbito de la salud y, por lo tanto, es fundamental conseguir que la educación en enfermería prepare a los estudiantes para responder a las necesidades de los sistemas de salud y al trabajo colaborativo que llevan a cabo los equipos interprofesionales. La educación interprofesional tiene potencial para transformar la educación en enfermería debido a que promueve el desarrollo de actitudes, conocimientos, destrezas y comportamientos para el ejercicio colaborativo de la profesión. Cuando los programas de enfermería se rigen por los principios de la educación transformadora e interprofesional, mejoran tanto el desempeño como la productividad de los profesionales de salud capacitados, al tiempo que aumenta la calidad de los servicios de atención de salud (Cassiani et al., 2017). Por su parte, en el 2011 se logró el marco legal de competencias de la Enfermería en el Uruguay, logrando la promulgación de la Ley 18.815. Allí se asignan amplias actividades vinculadas al cuidado de la salud de los individuos, familias y comunidades, a la gestión de servicios y programas, a la docencia e investigación (Ley 18815, 2011).

La Facultad de Enfermería de la Universidad de la República (UDELAR) como institución formadora del recurso humano de Enfermería y tomando en cuenta como eje central la estrategia APS, en este capítulo se pretende como objetivo describir el desarrollo de la enseñanza vinculado al enfoque familiar para la profesión.

1.1 La formación de Enfermería profesional en el Uruguay

Las instituciones formadoras de licenciados en enfermería en nuestro país son la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de carácter privado y la Facultad de Enfermería (FENF) de la Universidad de la República (UDELAR), siendo la única institución pública. Esta última es la responsable de la formación del 96 % de los profesionales con los que cuenta el país, a nivel de grado y posgrado.

Como parte de las políticas de descentralización de la UDELAR, la Facultad de Enfermería desarrolla la carrera de Licenciatura de Enfermería en sus cuatro sedes: Centro Litoral de la Regional Norte (Departamento de Salto), Centro Universitario de Rivera (Departamento de Rivera), Centro Universitario de la Región Este (Departamento de Rocha) y en sede de Montevideo (Figura 1).

Figura 1. Sedes de la Facultad de Enfermería UDELAR, Uruguay
Fuente: Elaboración de las autoras para la ubicación de las sedes.

2 Desarrollo

2.1 Formación de Grado en FENF UDELAR

Dentro de la formación de grado de la Facultad de Enfermería (UDELAR) se encuentra en un periodo de transición entre dos planes de estudio: el Plan de estudio 1993 en concomitancia con el Plan de estudios 2016. En el año 2018 se llevó adelante el proceso de acreditación a través del Sistema de Acreditación ARCU-SUR del Mercosur, donde se logró la evaluación institucional hasta el año 2024, incorporándose las sugerencias realizadas de los pares evaluadores dentro del Plan Estratégico institucional (UDELAR, 2014).

Ambos planes de estudio (UDELAR, 2016; UDELAR, 1993) en su diseño curricular, contempla como uno de sus ejes la Atención Primaria de Salud (APS). Desde el primer año de la carrera hasta el último, donde se realiza el internado como práctica preprofesional, se tienen experiencias en servicios del primer nivel de atención (PNA), trabajo comunitario, enfoque familiar, con base conceptual en la determinación social de la salud y en la APS y sus componentes.

En un estudio realizado en el 2017, se evaluó la aplicación del enfoque familiar y comunitario en el programa de formación de grado de la carrera licenciatura en enfermería del Plan de Estudio 1993. Allí se encontró fundamentalmente dentro de su marco conceptual de enfermería (UDELAR, 1993):

Como disciplina integra la persona, familia y grupo poblacional, enfocando la atención a través de un proceso integral, humano, continuo, interpersonal, educativo y terapéutico en los diferentes niveles de atención.

Dentro del diseño curricular, en determinados ciclos de la carrera se nombran aspectos que pueden llevar a un enfoque familiar y comunitario según objetivos y experiencias centrales de los cursos (Carrillo, 2017).

Por otra parte, el plan de estudios 2016, que comenzó a ejecutarse con la Generación 2019, pretende cumplir con la nueva normativa universitaria, los cambios y necesidades de la profesión y del país, así como la política educativa de formación en la Universidad de la República (UDELAR, 2017).

El Plan de Estudios se orienta a formar profesionales con competencias para:

- Proporcionar cuidados de Enfermería en un entorno en el que se promueva el respeto a los derechos humanos, valores, costumbres y creencias de la persona, familia y comunidad.
- Brindar cuidados de enfermería con alta calidad científico-técnica, ejerciendo con responsabilidad las actividades autónomas e interdependientes y aquellas que se derivan de la atención interdependiente.
- Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería en los diferentes niveles de atención, incluyendo acciones de prevención en cada uno de ellos.
- Adquirir competencias para desarrollar excelentes niveles de comunicación y relaciones interpersonales con el usuario, familia, población y equipo de salud.
- Adquirir una cultura profesional tendiente a la educación permanente y desarrollo profesional continuo, que beneficien a la comunidad científica de enfermería y su entorno.
- Gestiona el proceso asistencial de Enfermería a usuarios, familia y poblaciones prestando servicios de alta calidad, tanto en el ejercicio libre de la profesión como a nivel operativo en los servicios del primer y segundo nivel de atención de la salud.
- Desempeña acciones de asistencia-enseñanza-investigación actuando en forma independiente o integrando equipos interdisciplinarios (UDELAR, 2017).

Dentro de la organización curricular del plan de estudios se plantea por ciclos:

- Proceso salud-enfermedad (corresponde al 1er año).
- Salud y Enfermedad en los diferentes grupos etarios (corresponde 2do y 3er año).
- Gestión de Cuidados y de Servicios Intra y Extra-hospitalarios (corresponde 4to año).
- Práctica Pre-profesional (corresponde al último semestre).

La dinámica del plan va progresando en espiral; el ciclo no finaliza, sino que se continúa y los conocimientos se refuerzan en los ciclos siguientes. Se mantiene la orientación de favorecer la integración de los conocimientos en el ciclo. Se definen como ejes curriculares las enfermeras y su práctica profesional, Atención Primaria en Salud, Metodología Científica, Ética, Bioética y Legislación, en torno a los cuales se integra el conocimiento. Estos ejes configuran los conocimientos, saberes y prácticas centrales en la carrera que atraviesan transversalmente el Plan de Estudios (UDELAR, 2017).

2.2 Enfermería Comunitaria como parte de la formación profesional

El Departamento de Enfermería Comunitaria de la FENF, es el responsable académico en la formación de grado y postgrado en el Área de Enfermería Familiar y Comunitaria, articulando las funciones de docencia, investigación y extensión. Como tal se plantea el objetivo de:

> Contribuir a elevar la calidad de cuidados de enfermería en la población uruguaya en el primer nivel de atención y área familiar y comunitaria, mejorando la formación de los recursos humanos de Enfermería en dichos ámbitos, que se evidencie en un mejor desempeño profesional y en actitudes cada vez más comprometidas con la satisfacción de las demandas de salud de la población uruguaya.

La formación de los recursos humanos debe corresponderse con las necesidades de salud a nivel nacional y regional. Es necesario un recurso humano enfermero que privilegie la atención integral. Esto implica acciones de promoción de la salud, de prevención de la enfermedad, actuando sobre factores de riesgo y fomentando los factores protectores, contribuyendo en el diagnóstico precoz de enfermedades y su oportuno tratamiento, así como actuar en la recuperación, en la rehabilitación de secuelas y en los cuidados al usuario crónico así como cuidados paliativos. Es decir, para un sistema de salud basado en la estrategia de la Atención Primaria, reconociéndose como una estrategia efectiva para promover el desarrollo humano y la equidad en salud.

La enseñanza en el grado, históricamente estuvo centrada en la salud comunitaria, a través de la aplicación de la metodología participativa en el trabajo con poblaciones y en la planificación sanitaria. Paulatinamente se fue incorporando elementos teórico-prácticos de la salud familiar en el curso y en la capacitación al equipo docente en el área. Se comenzó a considerar que el profesional de enfermería debía tener una preparación para el trabajo con familias como unidad de cuidados, "desarrollando en estas un sentimiento de unidad y el apoyo mutuo, propiciar algunas formas de adaptación a las diferentes situaciones a las que se deben enfrentar en el transcurso de su ciclo vital familiar; ver a las familias como cuidadoras de sus propios miembros, e identificar el hogar como el lugar en que viven el paciente y sus familiares y amoldarse a ellos" (Giraldo, 2002).

2.3 El Enfoque familiar dentro de la formación de grado

Dentro del primer año de la carrera del plan 2016, en la Unidad curricular *Ciencias sociales aplicadas a la salud* se da un acercamiento al concepto de familia e interrelacionado con el concepto de proceso salud enfermedad y determinantes sociales de la salud. Dentro de sus unidades temáticas se aborda en lo que respecta al Enfoque familiar:

- Las familias desde la mirada de la Sociología, roles y funciones.
- Principales características de las familias uruguayas. Principales indicadores sociodemográficos.
- La Educación para la salud centrada en la creación de espacios y ambientes favorables al desarrollo personal, comunitario y el mantenimiento de condiciones de bienestar colectivo.
- Planificación de actividades educativas dirigidas a personas, familias y grupos (UDELAR, 2017).

Con respecto a la Unidad curricular *Enfermería en Salud Individual y Colectiva* del plan 2016, busca el desarrollo de un enfoque integral e integrador del ser humano como parte de un grupo familiar e inserto en un ámbito comunitario o territorio específico, en

el que se desarrolla su vida cotidiana. Dentro de sus objetivos con respecto al enfoque familiar se encuentra:

- Iniciarse en el conocimiento del proceso salud enfermedad (PSE) y sus determinantes, comprendiendo su determinación social.
- Aplicar el proceso de atención de enfermería (PAE) en la atención a las personas en su contexto familiar y comunitario.

Dentro de sus unidades de aprendizaje se encuentra: Enfermería en la salud individual y familiar donde uno de sus contenidos es la introducción del proceso de atención de enfermería (PAE) con enfoque familiar. Allí dentro de los contenidos teóricos se trabaja como introductorio las etapas del PAE y la valoración con enfoque familiar. A través de la valoración por necesidades de Henderson, se vinculan los aspectos en cuanto a la salud familiar. Dentro de su experiencia práctica, se pretende que el estudiante inicie a través de una consulta de Enfermería la aplicación del proceso de atención de enfermería con enfoque familiar, reconociendo la estructura familiar a través del Familiograma. Como inicio del acercamiento al enfoque familiar desde el primer año de la carrera, se evalúa muy oportuno y como parte del proceso de enseñanza aprendizaje para vincularse con la temática y poder aportar en las siguientes etapas de la carrera como herramientas y recursos para el desarrollo profesional.

En 4to año de la carrera, se encuentra la Unidad curricular *Enfermería Comunitaria*. En este curso se profundiza en el conocimiento de la salud comunitaria, en las funciones y actividades que desempeña la enfermería comunitaria para la atención de personas, familias y grupos de población. En la experiencia práctica el estudiante se inserta en un servicio de salud del primer nivel de atención, se integra a un equipo de salud e implementa planes de cuidados a la población usuaria (personas, familias y grupos de población). Sus objetivos generales son:

- Conceptualizar la enfermería comunitaria como área de actuación de la enfermera profesional.
- Implementar los cuidados de enfermería a personas, familias y grupos de población, fomentando la participación de los propios involucrados.

Dentro de las Unidades temáticas se encuentra la unidad *Salud Familiar* donde tiene como objetivos:

* Aproximar a un concepto de familia y de la atención con enfoque familiar;
* Reflexionar sobre la situación actual de las familias en Uruguay;
* Conocer algunas de las herramientas para el abordaje familiar.

Desde los contenidos teóricos con la temática se pretende profundizar conceptualmente a la familia desde el enfoque sistémico y su rol dentro de la atención familiar. Por otro lado, se contextualiza la situación de las familias y cómo abordarlo desde Enfermería. Como estudiante avanzado se pretende que el estudiante además de reconocer la estructura familiar, pueda identificar el ciclo vital familiar y el funcionamiento familiar. Desde sus prácticas estas herramientas se pueden aplicar dentro de una consulta de enfermería o de una visita domiciliaria. En esta etapa se busca que el estudiante relacione entre otros temas la importancia de Enfermería

Comunitaria, su rol y el uso de herramientas para integrar el Enfoque familiar dentro de su gestión de cuidados a nivel del abordaje individual y colectivo.

En la última etapa de la carrera dentro del ciclo Pre Profesional el estudiante tiene como objetivos:

* Ejercer el rol de Enfermería en calidad de Interno en un Programa o Unidad de Enfermería.
* Elaborar el informe final de investigación (TFI).

En este sentido, como parte de la función de enseñanza e investigación universitaria, se pretende que el estudiante desarrolle como parte de su formación en forma progresiva, culminando con una investigación final. En el caso del Departamento de Enfermería Comunitaria una de sus líneas de investigación es la salud familiar, donde cada año se incorporan grupos de estudiantes para poder trabajar en esta línea.

Según el sistema BIUR (Biblioteca de la UDELAR FENF), se han desarrollado cerca de 280 TFI con la palabra clave *Familia*. Dentro de esta búsqueda se encuentra vinculado con problemas de salud, grupos etarios, aplicación de herramientas del enfoque familiar (Ej APGAR Familiar), percepción desde el equipo de Enfermería y de la población, familias migrantes, entre otros temas. La revisión bibliográfica de los trabajos defendidos y publicados en BIUR dentro de esta línea de investigación, es un eje para seguir profundizando en el área.

2.4 La formación del abordaje familiar en el posgrado

Según el Censo de Enfermería 2013 en Uruguay, la formación de posgrado de Enfermería 4 de cada 10 Licenciadas en Enfermería han mencionado haber realizado, cursos de especialización a lo largo de su carrera profesional (80 %), sin embargo, existe un 8 % que expresan que no lo han finalizado y un 12 % que está en curso. Entre el 2009 y el 2011 la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República expidió 963 reconocimientos por competencia notoria. Específicamente la Especialidad en Enfermería Comunitaria representa solo el 2,9 % de los profesionales.

La Facultad de Enfermería de la UDELAR cuenta con el Centro de Posgrado cuyo objetivo es la capacitación a profesionales del sector de la salud mediante ofertas de: Educación Permanente, Especialidades y Maestrías (UDELAR, 2018). El Departamento de Enfermería Comunitaria junto con el Centro de Posgrado de la FENF ofrece tres áreas de formación: Maestría en Salud Comunitaria (SC), cursos de Educación permanente y la Especialidad en Salud Familiar y Comunitaria.

2.4.1 Maestría en Salud Comunitaria (SC)

Desde 1998, se realiza el curso de Maestría en Salud Comunitaria (nominado en sus inicios como Maestría en Primer Nivel de Atención) (UDELAR, 1998). La Maestría

proporciona a los graduados del área salud un dominio profundo de los métodos de investigación científica. Este fue el primer programa de formación de posgrado que se desarrolló en la FENF. La iniciativa de esta Maestría surge tras el propósito de *implementar un modelo interdisciplinario de Enseñanza Académica Superior a nivel nacional e internacional* (UDELAR, 2011). Sus objetivos son:

* Mejorar la formación de los docentes y profesionales de la Salud para elevar la calidad de la docencia y la prestación de los cuidados.
* Fortalecer la investigación científica a través de programas que permitan el desarrollo de modelos teóricos para la identificación y el tratamiento de problemas de la Academia y los Servicios.

Ya, en ese entonces, se proponía aportar cambios en el Modelo de Atención a la Salud, para ello se vio necesario un cambio en las prácticas sanitarias que se realizaban en el primer nivel de atención con el fin de lograr:

* Recuperar con el usuario, familia y comunidad el espacio que fue perdiendo en el acto del cuidado, reubicándolo en el centro de este proceso.
* Adecuar la atención a las necesidades de salud y las fortalezas de la población.
* Alta capacidad resolutiva.
* Recalificación de los recursos humanos.
* Una propuesta articulada en redes de los servicios de salud.
* Dar respuestas a los problemas estudiados científicamente.
* Incorporación de nuevos escenarios y actores en sus prácticas.

La Maestría en SC está dirigida a profesionales de la salud, cuyos puestos de trabajo corresponden a servicios de diferente complejidad en la organización del PNA del sector salud, desde el nivel estratégico, táctico y operativo.

Los propósitos de la Maestría en Salud Comunitaria son:

* Formar investigadores (as) con la capacidad para aportar nuevos conocimientos en el área de la salud comunitaria.
* Formar profesionales con el fin de investigar y aplicar los conocimientos de las ciencias de la salud con la integración de las ciencias políticas, sociales y económicas, al análisis, la explicación y la intervención en los problemas de salud y atención de la salud de la población.

El plan de estudios tiene un total de 900 hs. presenciales correspondientes a un total de 60 créditos con una duración de 2 años y un semestre (5 ciclos). El primer año, denominado tronco común, comparte las asignaturas con la Maestría de Gestión de los Servicios de Salud y Maestría en Salud Mental. Al finalizar se agrega una tesis final con un total de 40 créditos equivalente a 600 horas.

Dentro de su plan de estudios el enfoque familiar aparece dentro de la unidad temática en el 2do año de la Maestría, en el módulo X denominado *Modelos y teorías aplicadas al campo de la salud colectiva*. Se profundiza en las bases conceptuales para la atención a los grupos

humanos y desarrollar una propuesta de atención a la salud familiar. Los contenidos abordados son de manera interprofesional profundizando en las bases conceptuales y metodológicas del abordaje a la salud familiar.

En cuanto a el desarrollo de la temática de familia se destaca:

* Revisión histórica del concepto de la evolución de la familia. Su desarrollo histórico y social y demográfico. Se analizan los contenidos teóricos de la familia, la familia a lo largo de la historia, las distintas concepciones de familia en el contexto nacional y mundial.
* Las herramientas para la valoración de la familia, diferentes formas de atención.
* Los trabajos finales donde se pone una aplicación de los contenidos teóricos vistos en clase para analizar determinada situación.
* Los estudiantes realizan análisis de un autor y que lo puedan relacionar con su experiencia práctica de servicio los que lo tenga, para las distintas disciplinas.

En todas las ediciones del cursado de la Maestría en SC, la salud familiar ha sido una línea de investigación en las tesis finales de los/las maestrandos/as. Con el cursado de la maestría (sin la tesis final) se otorga como título intermedio el de Especialista, que fue el antecedente de cursado de la misma.

2.4.2 Especialidad de Enfermería en Salud Familiar y Comunitaria (SFYC)

Desde agosto del 2012 el Consejo Directivo Central de la UDELAR, aprobó el posgrado de la Especialidad de Enfermería en SFYC (UDELAR, 2012). Para la elaboración de la propuesta se tomaron en consideración antecedentes en la formación de Especialistas en Enfermería en Salud Familiar y Comunitaria, en:

a. Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba, en la propuesta: "Enfermería en Salud Pública".
b. Especialización de Enfermería en Salud Pública, en México.
c. En Colombia, en la Especialización en Salud Familiar Universidad del Valle de Cali.
d. Universidad de Cartagena en Colombia, que implementa un Curso de Posgrado en Salud Familiar y Comunitaria.
e. Universidad Nacional de Córdoba – Argentina.
f. Universidad Católica de Chile, Santiago.
g. Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto. Universidad de San Pablo – Brasil.
h. Asociación de Enfermería Comunitaria de España.

En el año 2017 comenzó en forma de cursado y residentado de esta Especialidad, representando un avance para el desarrollo de la enfermería profesional y como integrante del equipo de salud del primer nivel de atención.

En la misma se desarrolla el quehacer profesional en base a competencias científico-técnicas, sociales y humanistas en el primer nivel de atención y ámbito familiar y comunitario. Sus principios son la ética para la vida, la declaración de los derechos humanos, los principios

deontológicos de la profesión, concibiendo la salud como derecho humano universal, la solidaridad, la cooperación y la participación comunitaria.

La propuesta de formación incluye la profundización del conocimiento en el área de la Enfermería Familiar y Comunitaria y en la aplicación de herramientas metodológicas, que posibiliten a los profesionales comprender y analizar la complejidad del proceso salud–enfermedad de la población, el primer nivel de atención como forma de organización de atención a la salud y la priorización y abordaje de los problemas y necesidades de las familias y la comunidad, para accionar sobre ellas y buscar con los propios involucrados las formas más eficaces y participativas de resolución.

La Especialidad se desarrolla con un total de 930 horas (62 créditos), de los cuales 390 horas corresponden a la teoría (26 créditos) y 540 horas a la experiencia práctica (36 créditos).

Dentro de su programa analítico, el módulo V, correspondiente a Bases conceptuales para la atención a los grupos humanos, profundiza el desarrollo de la Atención de Enfermería a la Salud Familiar, enfatizando sus contenidos en los conceptos de Familia, las etapas de ciclo vital familiar, sus estructuras y funciones y el proceso de atención de Enfermería a la familia. Este módulo específico, dentro de todo el programa de la Especialidad se enmarca como uno de sus ejes en la formación. Los objetivos del módulo V son:

* Profundizar en las bases conceptuales para la atención a los grupos humanos a través del enfoque familiar.
* Aproximar a un concepto de Familia y de la Atención con Enfoque Familiar.
* Reflexionar sobre la situación actual de las familias en Uruguay.
* Conocer herramientas para el Abordaje Familiar y la atención familiar.
* Integrar el enfoque familiar dentro del proceso de atención en Enfermería (PAE) y desarrollar una propuesta de atención de Enfermería a la Salud familiar.
* Profundizar en las bases conceptuales para el trabajo en red. Redes en Salud.

Algunos de los contenidos abordados son: La familia como determinación en la salud, concepto de Familia, Enfoque familiar y atención familiar, niveles de intervención familiar, Contexto actual sobre las acciones hacia las familias, Datos demográficos de las familias en Uruguay, Evidencias para el trabajo en Salud familiar, La familia como sistema, Estructura y funciones de la familia. Etapas del Ciclo Vital Familiar. Vínculos familiares, Herramientas para la valoración familiar, Atención a la salud en las distintas etapas del Ciclo Vital y en las distintas etapas del Ciclo Vital Familiar.

2.4.2.1 La experiencia práctica de la Especialidad en SFyC

A través de la experiencia práctica se pretende lograr el cumplimiento de los objetivos de la especialidad a través de la articulación de la teoría con la práctica. La experiencia práctica se realiza en el sector público, con la modalidad de residencia en las policlínicas municipales de Montevideo y con la modalidad de posgrado en los centros de salud de la

administración de los servicios de salud del estado (ASSE). En el transcurso de la práctica el estudiante de la Especialidad luego de integrarse al equipo de salud del servicio del PNA tendrá que realizar un Análisis de situación de salud para conocer el área de influencia y realizar un plan de trabajo para responder a las necesidades y problemas encontrados. Dentro de las actividades planificadas el estudiante deberá aplicar el enfoque familiar con las herramientas y recursos aprendidos. Como parte de la metodología de enseñanza aprendizaje, se realiza presentación de casos para analizar el enfoque familiar dentro de su proceso de atención de enfermería. El rol que cumple el estudiante de la Especialidad ha sido significativo dado que visibiliza la formación de posgrado dentro de Enfermería, destacando las actividades independientes de la profesión.

Como fortalezas y oportunidades: se logró por primera vez realizar una Especialidad en Enfermería en distintos departamentos del país teniendo en cuenta los tutores y docentes referentes para el desarrollo en su práctica profesional. A través de esta experiencia práctica se ha dado la oportunidad de acercar la formación y desarrollar la Enfermería profesional dentro del área de Enfermería en Salud familiar y Comunitaria. Por otra parte, se dio la oportunidad de intercambio con residentes españoles de la Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria, de la Universidad de Zaragoza, donde tres rotaciones realizaron su pasaje de su residencia en la Especialidad de nuestro país.

2.4.3 Cursos de Educación Permanente

Según ordenanza por Educación Permanente en la Universidad de la República se entiende como *"las actividades que ésta organiza con la finalidad de lograr un proceso de formación continua que permita enfrentar los cambios en las prácticas profesionales, en la producción, en el mundo del trabajo y en la sociedad en general, con el propósito de incorporar los avances registrados en cada disciplina y en la interacción de las mismas"* (UDELAR, 2018). Tiene el propósito de que sus destinatarios dispongan de instancias de capacitación que les permitan mejorar su desempeño profesional o laboral. En nuestro país se han implementado diferentes propuestas de cursos de formación permanente, profundizando los contenidos aportados en los programas de grado.

La temática y los contenidos de los cursos varían año a año así como la modalidad (presencial, semipresencial o a distancia), pero se pone a disposición una oferta permanente de actividades que procura dar respuesta a la mayoría de los problemas e inquietudes planteadas por los usuarios, o detectado por la propia Universidad, en el terreno de la actualización de conocimientos.

En los cursos del Departamento de Enfermería Comunitaria el enfoque a la atención familiar ha estado presente, ya sea incorporado como unidad temática o como tema central exclusividad. Muchos de ellos se realizaron con la modalidad interservicio, es decir en conjunto con docentes de diferentes profesiones.

Dentro de los cursos realizados en el área se destaca: *Proceso Salud-Enfermedad y Promoción de la salud*; *Enfermería y promoción de Salud; Educación para la salud; Herramientas metodológicas para el trabajo en el primer nivel de atención; Programación en Salud Comunitaria; Enfoque interdisciplinario en el abordaje familiar; La Estrategia de APS:* "Interdisciplina y Multiprofesionalidad en los Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención"*; Calidad de atención en el primer nivel:* Implementación de un sistema de calidad en servicios de salud; *Evaluación de calidad de atención a la salud en el primer nivel: construcción de una propuesta interdisciplinaria*; *Un enfoque comunitario sobre el cuidado de la salud de los trabajadores; Consulta de Enfermería: "*Capacidad resolutiva de la Licenciada en Enfermería*"; Acerca de los encuentros y desencuentros en la familia; Enfermería en la Atención Familiar; Abordaje familiar: uniendo teoría y práctica en el quehacer cotidiano; La familia: un espacio de construcción de ciudadanía; Construyendo Redes comunitarias e intersectoriales; Violencia y vida cotidiana; El rol de la/o Licenciada/o en Enfermería en el Primer nivel de atención: un recurso imprescindible.*

Tomando en cuenta el contexto social, epidemiológico y el desarrollo de las políticas de salud en nuestro país, la formación continua del profesional de Enfermería es un desafío que debe continuar. Según OPS (OPS, 2020) expresa que:

> La formación del personal de salud debe considerar el modelo integral de abordaje de la salud, adecuando los planes de estudio de grado y posgrado, en el marco de un Plan Nacional de Recursos Humanos en Salud asegurado por un blindaje normativo. Se deberá priorizar la formación continua a lo largo de todo el desempeño laboral y estimular la profesionalización, en especial en el área de enfermería. Adecuar la distribución geográfica del personal es una condición para el acceso equitativo a la atención, que requiere una planificación coordinada entre instituciones formadoras, efectores de salud y ámbitos rectores del Ministerio de Salud Pública. El trabajo en equipo interdisciplinario es esencial para una atención de calidad, con formación adecuada, regularidad en el funcionamiento, planificación específica, estilos más colaborativos y menos autoritarios. Favorecer la formación de los profesionales asegurando su interfase con distintos sectores poblacionales sin discriminación de clase ni territorio.

Como parte de una institución formadora de profesionales de Enfermería, el rol que cumple el área de Enfermería familiar y comunitaria en la formación de grado y posgrado contribuye a un impulso para continuar el desarrollo profesional.

Según Cassiani (2017), es importante armonizar la capacitación de las profesiones de salud con las necesidades de los sistemas de salud basados en la APS. Es necesario promover un cambio de paradigma en la educación en las ciencias de la salud, para responder a las necesidades de la población y a los modelos de atención de salud, con mayor capacitación en los servicios de atención primaria de salud. En este sentido, la enfermería forma parte de los recursos humanos (RRHH) del sistema de salud (SNIS), del modelo de atención y del equipo de salud y es de gran importancia profundizar en los ejes estratégicos de la capacitación y la formación. Es elemental la discusión de lo que se espera del perfil del licenciado en enfermería para poder acompañar en este proceso y en las nuevas políticas de salud para su desarrollo.

En el programa de formación de grado de la Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Enfermería, tomando en cuenta el comienzo de un nuevo plan de estudios (2016), continua

como base conceptual la estrategia de APS, considerando como eje la orientación familiar y comunitaria en la formación de grado, obtendrá un perfil del egresado con una mirada que contribuya al cuidado de las personas, familias y comunidades.

El área de Enfermería Familiar y Comunitaria desde el posgrado ofrece varias opciones para la formación continua profesional. Su desarrollo y acompañamiento dentro del modelo de atención del SNIS y de la formación como parte de los recursos humanos en salud, aporta hacia al individuo, familias y comunidades la calidad en la atención en salud.

Según Castrillón (2008), una de las premisas orientadora para la transformación de la educación en enfermería es reconocer que: la razón de ser del cuidado de enfermería son los pacientes, las familias y comunidades; la esencia de la educación es el aprendizaje para la vida; el estudiante es el centro del proyecto curricular. Tomando este concepto como eje fundamental y el componente familiar y comunitario de APS renovada, se valora que se integre este como un lineamiento de trabajo importante para fomentarlo. La vinculación de los programas de salud, contextualizando con las políticas sociales y públicas actuales, integra esta mirada para mantener los criterios de la APS renovada.

3 Consideraciones finales

El área de Enfermería Familiar y Comunitaria dentro de la formación profesional contribuye al proceso de enseñanza aprendizaje del abordaje familiar en grado y posgrado. Se observan grandes desafíos y oportunidades para continuar con el desarrollo dentro de las funciones asistenciales y de investigación de Enfermería en los cuidados hacia las familias.

Referencias

Batthyány, K; Genta, N; & Perrota, V. (2010). La población uruguaya y el cuidado Análisis de representaciones sociales y propuestas para un Sistema de Cuidados en Uruguay. Sistema nacional de cuidados. MIDES. (Consultado 31/05/2020). Obtenido de: http://209.177.156.169/libreria_cm/archivos/pdf_36.pdf.

Batthyány, K; Espino, A; Fernandez Soto, M. (2014). Atlas sociodemográfico y la desigualdad del Uruguay., Programa Población, Unidad multidisciplinaria, Facultad de Ciencias Sociales, UDELAR. Ed Trilce.

Carrillo, R. (2014). Las políticas sociales y públicas hacia las familias. *Revista Uruguaya de Enfermería* 9(1), 32-47. Obtenido de: https://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/38

Carrillo, R. (2017). Enfoque familiar y comunitario en el programa de grado de la carrera licenciatura en enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad de la República, Uruguay (UDELAR). *Rev. iberoam. Educ. investi. Enferm*.7(3), 33-45. Obtenido de: https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/258/enfoque-familiar-y-comunitario-en-el-programa-de-grado-de-la-carrera-licenciatura-en-enfermeria-facultad-de-enfermeria-universidad-de-la-republica-uruguay-udelar/

Cassiani, S., Wilson, L., Mikael, S, Peña, L., Grajales, R., McCreary, L. & Gutierrez, N. (2017). La situación de la educación en enfermería en América Latina y el Caribe hacia el logro de la salud universal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 25,e2913. Obtenido de: https://doi.org/10.1590/1518-8345.2232.2913

Castrillón Agudelo, M. (2008). Pensando en la formación de futuros profesionales de enfermería en América Latina. *Investigación y Educación en Enfermería*, 26(2), 114-121. Obtenido de: https://www.redalyc.org/pdf/1052/105215278010.pdf

Giraldo, B.P (2002). El cuidado de la enfermería en familia: un reto para el siglo XXI. *Aquichan*, 2(1), 24-26. Obtenido de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972002000100005

Ley 18815 del 14 de octubre 2011. Regulación del ejercicio de la profesión universitaria de Enfermería y de Auxiliar de Enfermería. (Diario oficial del Estado, Año CVII Nº 28.328). [citado 6 jun 2017]. Obtenido de: https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/leyes/ley/18815

Organización Panamericana de la Salud (2007). Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington. Obtenido de: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion_Primaria_Salud_Americas-OPS.pdf

Organización Panamericana de la Salud (2011). Atención Primaria de Salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas. Montevideo. Obtenido de: https://uruguay.campusvirtualsp.org/libro-atencion-primaria-de-salud-en-uruguay

Organización Panamericana de la Salud (2015). Enfermería en el Uruguay. Obtenido de: https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=991:nueva-publicacion-sobre-enfermeria-en-uruguay-2015&Itemid=451. Consultado en: 31 mayo 2020.

Organización Panamericana de la Salud (2020). Una mirada a la salud de los uruguayos y las uruguayas en el largo plazo. Contribución a la Estrategia de Desarrollo Uruguay 2050. Obtenido de: http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=1506:publicacion-una-mirada-a-la-salud-de-los-uruguayos-y-las-uruguayas-en-el-largo-plazo&Itemid=451

Universidad de la República. Facultad de Enfermería. (1993). Plan de estudios 1993. (Uruguay). [internet]. Obtenido de: http://www.fenf.edu.uy/index.php/apoyo-ensenanza/bedelia/86-nuevo-reglamento-plan-93

Universidad de la República. Facultad de Enfermería (1998). Centro de Posgrado, Maestría en Salud Comunitaria. Obtenido de: http://posgrado.fenf.edu.uy/wp-content/uploads/2017/03/Plan-Maestrias-Programa-Salud-Comunitaria.pdf

Universidad de la República. Facultad de Enfermería (2012). Centro de Posgrado, Programa de Especialidad en Salud Familiar y Comunitaria. Obtenido de: Obtenido de: http://posgrado.fenf.edu.uy/index.php/2017/03/02/555/

Universidad de la República. Facultad de Enfermería (2014). Plan estratégico 2015-2019. Obtenido de: https://www.fenf.edu.uy/wp-content/uploads/2017/09/PE-2015-2019.pdf

Universidad de la República. Facultad de Enfermería. (2017). *Plan de estudios Licenciatura en Enfermería 2016*. Obtenido de: https://www.fenf.edu.uy/wp-content/uploads/2019/01/PdeE2016-modificaciones-CAG-noviembre-2017.pdf

Universidad de la República. Facultad de Enfermería (2018). Centro de Posgrado. Obtenido de: https://www.fenf.edu.uy/index.php/inicio/ensenanza/posgrado

CAPÍTULO 6

FAMILIA Y SALUD FAMILIAR: UNA MIRADA DOCENTE-ASISTENCIAL

Clara Pérez Cárdenas[1]

1 Introducción

La Atención Primaria y el Plan del Médico y la Enfermera de la Familia son las bases en las que se sustenta el Sistema Nacional de Salud en Cuba. Se concibe a estos dos profesionales como unidad básica para el desarrollo de las acciones de salud en la comunidad que atienden.

En este nivel de atención de salud es indispensable tener en cuenta a la familia del paciente que se explora, por el papel que este grupo social desempeña en el proceso salud-enfermedad. De este grupo social se aprenden valores que favorecen la presencia de uno u otro polo, y determinarán de manera importante la evolución de cualquier proceso mórbido.

La categoría familia es utilizada desde diferentes aristas científicas. La tienen en cuenta abogados, sociólogos, psiquiatras, economistas, entre otros. Es un término utilizado también popularmente y de ella las personas tienen siempre una imagen imborrable. En la vida adulta, se rememoran momentos de la infancia con padres, hermanos, abuelos que casi siempre se expresan con placer, aunque existen individuos que no pueden llegar a referirse a su núcleo de procedencia con evaluaciones favorables. Sin embargo, siempre está presente y alcanza tal magnitud porque es la forma natural de organizarse de los seres humanos desde que existen (Pérez, 2012).

Con el propósito de tener un lenguaje común tanto en la docencia médica como en la asistencia, el Ministerio de Salud Pública de Cuba convocó a la creación del Grupo Asesor Metodológico en Estudios de Familia, conocido por sus siglas GAMEF. Fue conformado por profesionales cubanos con experiencia de trabajo en el tema, que después de jornadas de labor presentaron un material donde están algunos de los términos más utilizados en este campo. El Manual para la intervención en la salud familiar, que es así como se reconoce lo elaborado por ese equipo de trabajo, es el documento que orienta y facilita las acciones de intervención en estos grupos sociales (Colectivo autores, 2012).

Cuando se habla de familia, desde lo popular se tiene en cuenta la consanguinidad. Por tanto, cumple la condición de serlo, el tío, el primo, el hermano, sobrino u otros vínculos, aunque vivan distantes geográfica y/o emocionalmente. Sin embargo, si tenemos en cuenta

---

1 Especialista. II Grado Psicología de la Salud. MsC. Psicología Clínica. Diplomada en Familia. Profesor e Investigador Auxiliar, Facultad de Ciencias Médicas "General Calixto García", La Habana, Cuba. Correo electrónico: clapecar@infomed.sld.cu
Psicóloga, graduada por Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana. Con 39 años de experiencia en Atención Primaria de Salud y vida laboral siempre en este nivel de atención. Desarrolla dos líneas de investigación: el tema de familia en su ciclo vital y sus crisis y el de pacientes oncológicos y fenómenos esperables en su grupo familiar. Trabaja en tres líneas básicas: asistencia, docencia e investigación. Ha publicado en revistas nacionales e internacionales; es parte del colectivo de autores en dos libros útiles en docencia y en otros cuatro títulos es autora única.

que se pretende tener una guía para las acciones del profesional que trabaja con la dinámica de estos grupos, válida en cualquier nivel de atención, pero básicamente en el área de la Atención Primaria de Salud (APS) la convivencia de sus miembros toma un valor primordial.

El Equipo Primario de Salud (EPS) desempeña sus acciones en un grupo de familias que tiene registradas como residentes en el área que atiende. El concepto con que se trabaja debe tener en cuenta el hecho de que los individuos necesariamente compartan espacios geofísicos.

Visto así, familia es el "grupo de personas que comparten vínculos de convivencia, consanguinidad, parentesco y afecto y que está condicionado por los valores socioculturales en los cuales se desarrolla" (Colectivo de autores, 2012).

Tanto como la salud individual a los profesionales de la APS les preocupa la salud del grupo familiar como un todo. Se considera que esta es "el resultado de la interrelación dinámica del funcionamiento de la familia, sus condiciones materiales de vida y la salud de sus integrantes (Colectivo de autores, 2012).

Para evaluarla y desarrollar acciones de salud efectivas en estos grupos, es menester tener un conocimiento básico de los mismos. Se tendrá que identificar su estructura, refiriéndonos en esta categoría a indicadores de la familia que permiten su clasificación (Pérez, 2011). Otro elemento en este sentido es la etapa del desarrollo que, como grupo social, viven. A partir de esto difiere en gran medida el modo en que se interviene em las familias. No corresponden las mismas acciones donde solo existe el matrimonio (con características específicas, el tiempo de unión diferentes, si tienen o no hijos), de otros grupos familiares con descendencia de diferentes edades e incluso con adultos mayores inmersos en la dinámica. Las mismas acciones no se corresponden sólo cuando hay matrimonio (con características específicas, diferente duración de la unión, si tienen o no hijos), de otros grupos familiares con descendencia de diferentes edades e, incluso, con adultos mayores inmersos en la dinámica.

Este es un grupo social que por sus funciones e incidencia en el proceso salud-enfermedad de cualquier miembro, es indispensable tener en cuenta. Hay numerosas investigaciones publicadas, realizadas en el área de salud donde se desempeña profesionalmente de la autora que así lo demuestran. Se han evaluado familias en sus inicios de conformadas y en ellos ha llamado la atención cómo la pareja puede vislumbrar su vida juntos hasta que los hijos son grandes, pero aún bajo su tutela. Incidir en ellos en este momento teniendo como referencia la adultez mayor, la jubilación, y las enfermedades crónicas posibles a edades avanzadas, no sería prudente, ni oportuno y el éxito de las acciones desarrolladas, no sería completo.

Se ha trabajado en los últimos años en problemas de salud como la infertilidad (Pérez, 2015). En pacientes oncológicos se ha evaluado e intervenido en las familias, para el reconocimiento por ellos del fenómeno de la claudicación familiar en diferentes momentos del proceso y poder minimizar sus efectos nocivos (Pérez, 2015).

Estas son las razones por las que desarrollamos a continuación los elementos esenciales en el estudio de este grupo social. Objetivo de este capítulo: Mostrar desde la arista docente asistencial elementos considerados necessários em el abordaje de las familias; buscar

homogeneidade en la terminologia utilizada entre los interessados en el tema y orientaciones básicas em la actividad docente sobre este particular.

2 Desarrollo

Para desarrollar el contenido de este capítulo y a modo de ejemplificar las acciones con las familias en la Atención Primaria de Salud, se muestran algunos resultados de trabajo con énfasis en intervención desarrollada por la autora en el área de salud donde labora, atendiendo a situaciones concretas de su experiencia profesional.

2.1 Algunos elementos de interés en el abordaje familiar

Para conocer al grupo familiar, es necesario tener en cuenta algunos elementos de su composición y funcionamiento. Con relación a la estructura, el análisis estaría encaminado a tres indicadores básicos (Colectivo de autores, 2012).

Uno de ellos es el tamaño del grupo; en este sentido se clasifica grande si conviven siete individuos o más, mediana si son entre cuatro y seis miembros y pequeña cuando conviven dos o tres personas. El número de generaciones que coexiste en el hogar cobra también alto significado y, en este sentido, será unigeneracional, bigeneracional, trigeneracional y multigeneracional en el caso que sean más de tres generaciones conviviendo.

El tercer aspecto a evaluar es la su ontogénesis. Se refieren tres tipos de familias:

1. Familias nucleares son aquellas integradas por una pareja con o sin hijos, o por uno de los miembros de la pareja con su descendencia. Incluye los hijos sin padres en el hogar, los hijos de uniones anteriores y la adopción y el equivalente de pareja.
2. Familia extensa es la constituida por individuos que descienden de un mismo tronco generacional independientemente del número de generaciones que estén en convivencia. Está integrada por una pareja con hijos y, al menos, la pareja, o equivalente de pareja de uno de ellos, con o sin descendencia.
3. Familia ampliada se clasifica cuando al grupo familiar se insertan otros parientes que no pertenecen al mismo tronco de descendencia generacional. Se consideran otros casos que, aunque no existan vínculos consanguíneos o de parentesco entre ellos, sí existen de convivencia y afinidad (Colectivo de autores, 2012).

Al hablar de etapa del desarrollo familiar, se hace mención de diferentes momentos o periodos de la vida del grupo, delimitados por la ocurrencia de acontecimientos (suceso de alto significado para la familia y que se vive por primera vez) como tal. Cada una de ellas implica momentos de cambio en las dinámicas durante todo el ciclo de vida de este grupo social. Para el profesional de la salud que interviene en el grupo es indispensable identificar qué acontecimientos se viven para poder establecer su estrategia de acción. No se orienta de la misma forma a un grupo familiar cuyos hijos son preescolares o escolares, que aquel donde están inmersos adolescentes y/o jóvenes. Tampoco se actuaría de igual forma en familias con

miembros jóvenes, que en aquellas en la que conviven adultos mayores.

A manera de puntualización, se dice que el ciclo vital de la familia es el proceso continuo de evolución y desarrollo que se produce desde la consolidación de una pareja para una vida en común, hasta la muerte de ambos.

Existen diferentes clasificaciones de esos momentos de vida familiar (Tabla 1). A continuación, se precisan estos, a partir de la clasificación realizada por el Grupo Asesor Metodológico en Estudios de Familia (GAMEF) del Ministerio de Salud Pública de Cuba, así como sus características distintivas. Debe señalarse que es una clasificación que se establece a partir de familias que transitan todo el ciclo sin incidencias que lo obstaculicen, en las que la pareja que le dio origen se mantiene unida hasta el final del grupo y viven juntos todos los acontecimientos (Colectivo de autores, 2012).

Tabla 1.
Etapas del Ciclo Vital de la Familia

Etapas	Se inicia	Concluye
Formación	Matrimonio	Nacimiento Primer Hijo
Extensión	Nacimiento Primer Hijo	Independencia de uno de los hijos
Contracción	Independencia de uno de los hijos	Muerte del primer cónyuge
Disolución	Muerte del primer cónyuge	Muerte del segundo cónyuge

Fuente: Colectivo de autores (2012).

La información del tabla anterior permite entender que no todos los grupos familiares que tenemos en una comunidad transitan por las cuatro etapas. Existen algunos que en su desarrollo pueden transitar de la formación como grupo social, a la contracción, en tanto no se produjo el acontecimiento de nacimiento de un hijo. Esa pareja sigue compartiendo sus vidas y por tanto la etapa como grupo social se clasifica a partir de los procesos normativos que viven.

Por otro lado, existen núcleos extensos o ampliados en los que se manifiesta más de una etapa a la vez y en estos casos se hablaría de yuxtaposición de etapas, siempre señalando el nombre de las etapas o períodos que está transitando el grupo como un todo. Por ejemplo: yuxtaposición de las etapas de disolución y formación, en el caso de que sea una familia donde haya fallecido un adulto, pero viva en el hogar, una nieta con su esposo sin hijos aún.

Es oportuno precisar que los acontecimientos que se señalan en la delimitación de las etapas del ciclo son esperados en la vida de un grupo social como la familia.

2.1.1 Características de cada etapa del ciclo de vida familiar

Etapa de formación de la familia

Transcurre desde el momento en que la pareja decide unirse, ya sea con matrimonio legalizado o no, hasta que nace el primer bebé de ambos. Muy importante para la vida familiar

posterior pues es el momento en que se sientan las bases del nuevo grupo social conformado. La pareja se enfrenta al hecho de la convivencia y el clima emocional entre ambos dependerá de la esencia de la unión. Si deseaban vivir juntos, es un periodo de frases halagadoras, muestras de cariño frecuente, armonía. Diferente sería si el matrimonio fue pactado por la mediación de intereses de otro tipo (Pérez, 2012).

En esta etapa, las acciones fundamentales de la pareja deben estar dirigidas a la construcción conjunta del proyecto futuro de vida y un acople eficaz de actividades cotidianas. No deben obviar el debido ajuste con las familias de origen e hijos anteriores de cada uno de ellos y el establecimiento de límites en los roles entre los cónyuges. Ambos deben lograr un ajuste en cuanto a necesidades de satisfacción sexual e implícitamente una planificación de la concepción (Pérez, 2011).

La convivencia puede traerles algunas dificultades. Puede darse el caso de que para un miembro de la pareja (o los dos), la convivencia matrimonial no se corresponda con sus expectativas. Pueden tener disímiles desacuerdos; entre ellos, la proyección futura individual o de pareja, o los nuevos límites que deben establecerse en la relación con las familias de origen. Pudiera aparecer en este periodo de vida una lucha de poder entre los cónyuges, disfuncionalidad en la vida sexual e incluso problemas de planificación familiar (Colectivo de autores, 2012).

Hay investigaciones hechas en el área de salud del Policlínico donde labora la autora en familias que viven esta etapa. Fue curioso constatar que en la mayoría de ellas se fantasea con etapas donde hay hijos, ya sean escolares, e incluso hasta adolescentes. Sin embargo, nadie apunta a períodos en que falta uno de los hijos del hogar o ya no está físicamente uno de los miembros de la pareja que dio origen a este grupo social (Pérez, 1999).

Etapa de extensión

Es el momento que transcurre desde que nace el primer hijo de la pareja hasta que también el primero de ellos (sin importar el orden de nacimiento) abandone el hogar. Es la más extensa de la vida familiar y en ella se viven acontecimientos importantes, entre ellos, la crisis de los tres años del (los) descendientes, la entrada en la escuela, la adolescencia.

La pareja tiene múltiples tareas que difieren de las que tuvieron en la etapa anterior. Ahora tienen que llegar a la planificación concepcional y aprender a desempeñar el rol de padres, sin abandonar el de esposos que venían desempeñando, ajustando ambas tareas. Tienen que aprender a cuidar y educar a los descendientes. Muy difícil, pero imprescindible, será el cambio en el rol parental frente a los hijos cuando estos arriban a la adolescencia.

Es un periodo de vida familiar que tampoco está exento de dificultades. Entre ellas, justamente la delimitación de roles y funciones entre los padres, con los hijos y con los abuelos. Tienen que aprender, entre otras cosas, a afrontar de manera adecuada las particularidades del desarrollo de los hijos y los momentos de enfermedad de estos (Colectivo de autores, 2012).

Etapa de contracción

Los hijos han crecido, por tanto, aparece como acontecimiento importante el cese de la tutela de al menos uno de ellos. Los padres deben desempeñar su rol, pero de una nueva forma.

Además, es el momento de reencuentro de la pareja, nueva comunicación entre ellos y nuevas metas. Todo esto paralelo al ajuste a los posibles problemas de salud propios de la edad y el afrontamiento a la jubilación. El no tener en cuenta estas tareas traería como consecuencias conflictos de la etapa de vida familiar. Entre ellos, están reconocidos la disfunción en los roles de padres con hijos ya adultos y la transgresión de límites en deberes y responsabilidades como esposos, como padres y como abuelos. Es muy difícil asimilar el fenómeno de "nido vacío", así como discapacidad o disfuncionalidad posibles en la edad. Son también de esperar las alteraciones emocionales por frustración frente al balance de la vida.

Etapa de disolución

La pérdida de uno de los cónyuges que iniciaron este ciclo familiar es el acontecimiento que marca su inicio, por tanto, vivir el duelo psicológico frente a la muerte del cónyuge o del padre y/o madre es el primer reto del momento. Junto a esto el ajuste al envejecimiento y a la viudez y la reorganización de la vida familiar y ajuste de roles debido a la ausencia definitiva de uno de los miembros del grupo. Es menester también reajustar el proyecto de vida frente a la viudez, así como modificar metas, necesidades e intereses. Es el periodo en que los hijos adultos asumen responsabilidades por los padres.

En una dinámica familiar como la descrita, pudieran emerger como conflictos el insuficiente apoyo familiar y social frente a la pérdida, o existir afrontamiento inadecuado al duelo y con frecuencia la transferencia de afectos y necesidades hacia los hijos o nietos. Todas son situaciones perfectamente identificables lo que permitiría posibles intervenciones en el grupo familiar.

Conociendo los quehaceres incumplidos, el profesional de la salud podrá definir qué conflictos afronta la familia al evaluarla y le facilitará dirigir el proceso de orientación familiar.

Crisis familiar

Se ha hecho referencia hasta este momento a aquellos acontecimientos que delimitan el tránsito de la familia de una etapa de desarrollo a otra. Sin embargo, son múltiples las contingencias o hechos que inciden en la vida de un grupo familiar sin esperarse, sin contemplarse dentro de ese proceso de tránsito por el ciclo descrito. Es oportuno comentar que, cada uno de esos hechos, genera en la familia algún cambio en sus modos de actuar cotidianos, para dar respuesta al hecho que afrontan. Estas son las llamadas crisis familiares, que se clasifican según sea esperado o no el hecho que las genera.

Si se trata de un evento o acontecimiento familiar esperado, independientemente a que marque el inicio de una etapa del ciclo o no, por ejemplo: matrimonio, nacimiento de los hijos, entrada en la escuela, adolescencia de estos, independencia de los descendientes, muerte de alguno de los cónyuges que dieron origen a la familia, a esos cambios necesarios en la vida familiar, a esas formas de actuar que asuma el grupo para dar respuesta a lo que viven, se le conoce como crisis familiar transitoria o normativa.

Sin embargo, si el hecho que asumen como grupo, acontece de manera inesperada, por ejemplo: recibir una herencia, notificación de algo muy positivo para una persona y por

tanto para el grupo, consecuencias negativas de un fenómeno de la naturaleza (ciclón, tornado, movimiento telúrico, pandemia) la familia estaría ante la necesidad de hacer modificaciones pero, en este caso, no guardan relación con tareas propias de la etapa de vida que están atravesando y esos cambios serían definidos como una crisis familiar no transitoria o paranormativa. Crisis implica cambios, no necesariamente algo negativo (Pérez, 2011).

En estos casos, se clasifica la crisis teniendo en cuenta el acontecimiento que vive el grupo, en cuatro grandes categorías:

1. *Crisis familiar no transitoria por problemas de salud*

   Se tiene en cuenta esta clasificación cuando la familia afronta eventos tales como diagnósticos recibidos y que tienen connotación cultural fatal como son los oncológicos o en etapas de vida en que no es usual, por ejemplo, niños, adolescentes con enfermedades crónicas no trasmisibles, embarazo no deseado, infertilidad, intento de suicidio, trastornos psiquiátricos, accidente, diagnóstico de enfermedad de alto compromiso con la vida.

2. *Crisis familiar no transitoria por desmembramiento*

   Indica la salida de algún miembro del grupo de la dinámica familiar por diferentes causas. Entre ellas, la hospitalización prolongada, abandono, separación conyugal, salida del hogar (al extranjero u a otras zonas del país), muerte prematura respecto al ciclo de vida y suicidio.

3. *Crisis familiar no transitoria por incremento*

   Así estaría clasificada aquella familia que estuviera asumiendo el regreso al hogar de alguno de sus miembros, los casos de adopción, convivencias temporales. En Cuba, es frecuente este tipo de crisis al arribar a las capitales de provincias familiares del interior del país con el propósito de recibir atención médica, o realizar estudios de nivel superior.

4. *Crisis familiar no transitoria por desmoralización*

   Así se clasifica para todas las reacciones y conductas que aparecen en una familia a punto de partida de acontecimientos que se contraponen a sus normas. Ejemplo de esto serían conductas antisociales, encarcelamiento según causa de este, escándalos en la comunidad, entre otras.

5. *Crisis familiar no transitoria por cambios económicos importantes*

   Como su nombre indica, apunta a cualquier comportamiento familiar que se produce a partir de situación favorable o no, que implique una modificación económica para el grupo. Entre estos, estaría la pérdida de trabajo, el deterioro de las condiciones de la vivienda, la pérdida de alguna propiedad importante como la casa, o el recibimiento de una herencia.

2.2 Familiograma y su importancia para el profesional que asume atención de grupos familiares

Es de sumo valor la elaboración del familiograma. Esta representación gráfica de la familia ubica al interesado en qué puede estar pasando en la dinámica de las relaciones intrafamiliares. Puede por tanto permitirle una orientación de sus acciones de salud para lograrlas con mayor efectividad. Está constituido por un formato de símbolos que permite trazar un árbol familiar y reflejar en él datos útiles para el análisis de la situación de salud del grupo como un todo. Su elaboración implica tres pasos: En primer lugar, se define la estructura familiar; en segundo lugar, se registra la información familiar y, por último, se identifican las relaciones familiares.

La *estructura* se presenta expresando a través de símbolos las relaciones biológicas y legales entre los miembros de la familia. Círculos (representan a los miembros del grupo del sexo femenino) y cuadrados (representan familiares del sexo masculino) y las líneas que según como se dibujen, describen las relaciones. La unión de las figuras está por debajo de las mismas y la línea que hace visible esa unión es completa (Figura 1a). Si se tratara de una pareja que cohabita, la línea se establecería como una línea de puntos (Figura 1b).
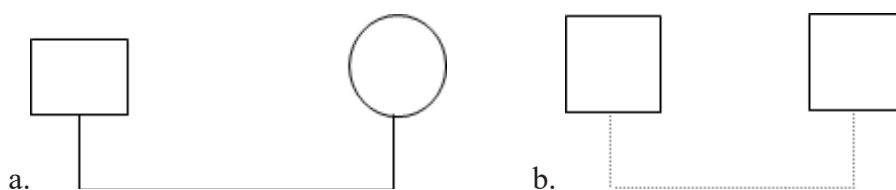
Figura 1. Unión de la pareja legalmente establecida en la estructura del familiograma
Fuente: elaboración propia (2021).

Si se vive en la dinámica familiar una situación de divorcio de la pareja que dio origen a esta familia, ese evento se representa con dos líneas paralelas pequeñas sobre la línea horizontal del gráfico que señalaba el matrimonio y la situación de separación con una sola línea (Figura 2 c y d).
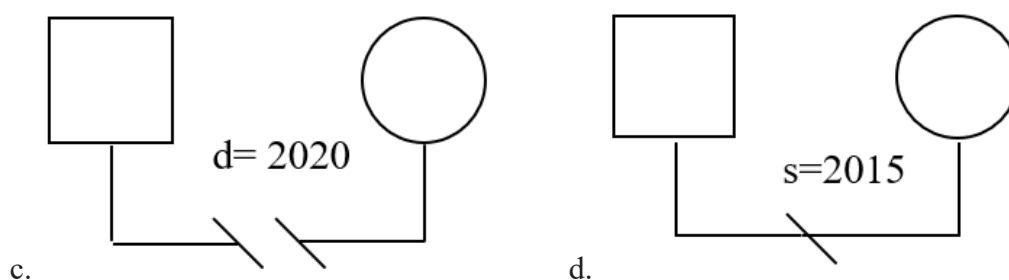
Figura 2. Situación de divorcio en la estructura del familiograma
Fuente: elaboración propia (2021).

Las uniones de pareja que hayan tenido los cónyuges de la familia actual y sean relevantes para la dinámica de la nueva familia creada se colocan hacia la izquierda las del hombre y hacia la derecha la de las mujeres. Con esto se cumple la condición de que, en matrimonios actuales, el hombre siempre está a la izquierda y la mujer a la derecha del vínculo vigente graficado. Los hijos se representan con líneas verticales a partir de la línea

de unión horizontal del matrimonio de sus padres. Acá la ubicación en el esquema estaría definida por el orden del nacimiento y no por el sexo.

Si en la nueva relación de pareja, convive con los esposos algún o algunos hijos de matrimonios anteriores de ellos, aparecerán fuera de la unión actual. Se situará a la derecha de la mujer, si es hijo de ella o a la izquierda del hombre en el caso de que sea descendencia suya de vínculo anterior. En ese caso aparecería la figura materna de ese descendiente en línea de puntos pues no está presente en las relaciones interpersonales del grupo familiar que se estudia (Figura 3).
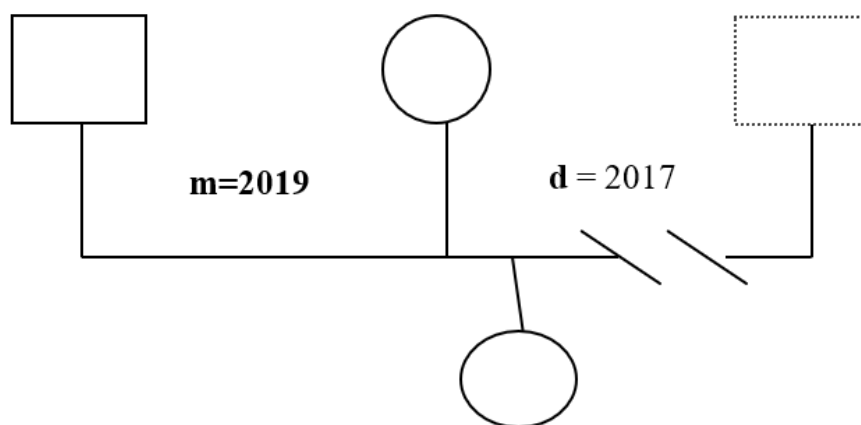
Figura 3. Nueva relación de pareja en la estructura del familiograma
Fuente: elaboración propia (2021).

En el ejemplo anterior aparece un matrimonio legalmente establecido en el año 2019, que viven con una hija de ella, de un matrimonio disuelto en el año 2017. Debe prestarse atención a que la figura paterna de la hija de esa señora implicada en nueva relación está dibujada en el familiograma, pero, en línea de puntos en tanto es una figura no presente en la dinámica intrafamiliar de este nuevo grupo social reconstituido. Por lo tanto, no debe dejarse ninguna generación incompleta.

En el caso de hijos adoptivos, se representan en el esquema como los naturales, pero la línea que se utiliza para unir a la del matrimonio de los padres es de puntos. Si se trata de hijos gemelos, las líneas se hacen converger en el punto de unión con la línea de los padres.

Para representar a un miembro del grupo familiar fallecido se coloca una X dentro del círculo o del cuadrado, según corresponda. Y en el caso de una mujer embarazada se señalará con un triángulo pequeño dentro de su propio símbolo.

Un segundo momento es el registro de Información de la familia. Se refiere a colocar en el gráfico que la representa, tres elementos importantes:

Información demográfica: Se escribe dentro del cuadrado o del círculo de la figura y se estaría refiriendo a la fecha de nacimiento o la de fallecimiento. Es información que se sitúa, sólo si fuera necesario para el momento del análisis de la situación de salud de la familia.

Información de salud de los miembros de la familia: Se señala por fuera de los correspondientes símbolos de género siempre que sea necesario (Figura 4).
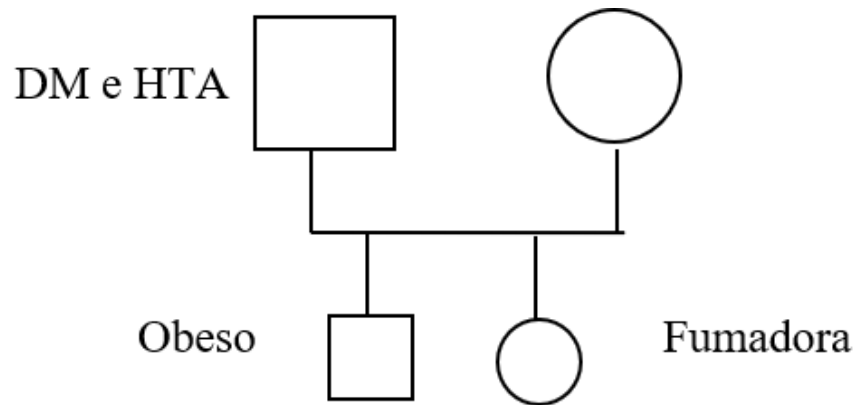
Figura 4. Información de salud de los miembros en la estructura del familiograma
Fuente: elaboración propia (2021).

En el caso que en el hogar convivan personas que no tengan vínculos de consanguinidad ni parentesco, pero sus relaciones reproducen vínculos afectivos como puede suceder en la familia ampliada, para poder reflejar las relaciones entre los miembros de la familia, se confecciona, además, con líneas discontinuas o puntos, el tronco generacional que le dio origen al miembro que hizo ampliada a la familia y se engloba a las personas que participan en la dinámica familiar en el momento del análisis, lo que quedará reflejado de la siguiente forma (Figura 5).
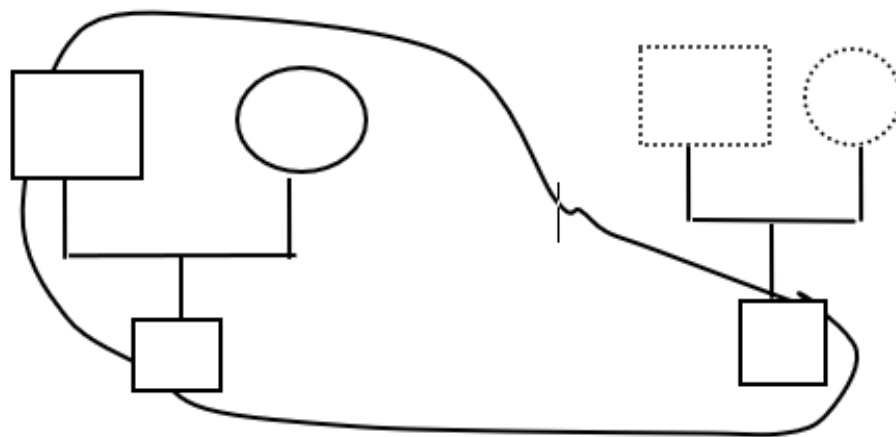
Figura 5. Personas que no presenten vínculo de consanguinidad y convivan con la familia
Fuente: elaboración propia (2021).

El tercer y no menos importante elemento en la representación gráfica de la familia se refiere al señalamiento de las relaciones familiares. Se hace la salvedad que, al ser un aspecto cambiante, se reflejan las relaciones dadas en una familia en el periodo de tiempo alrededor de la evaluación que se le está realizando al grupo (Figura 6).

Si la relación se considera normal, no se hacen señalamientos en el gráfico. Quedarían representadas aquellas formas de relación que impliquen alguna afectación a la dinámica como un todo. Esta simbología es la propuesta por el grupo de expertos cubanos del GAMEF (Colectivo de autores, 2012).
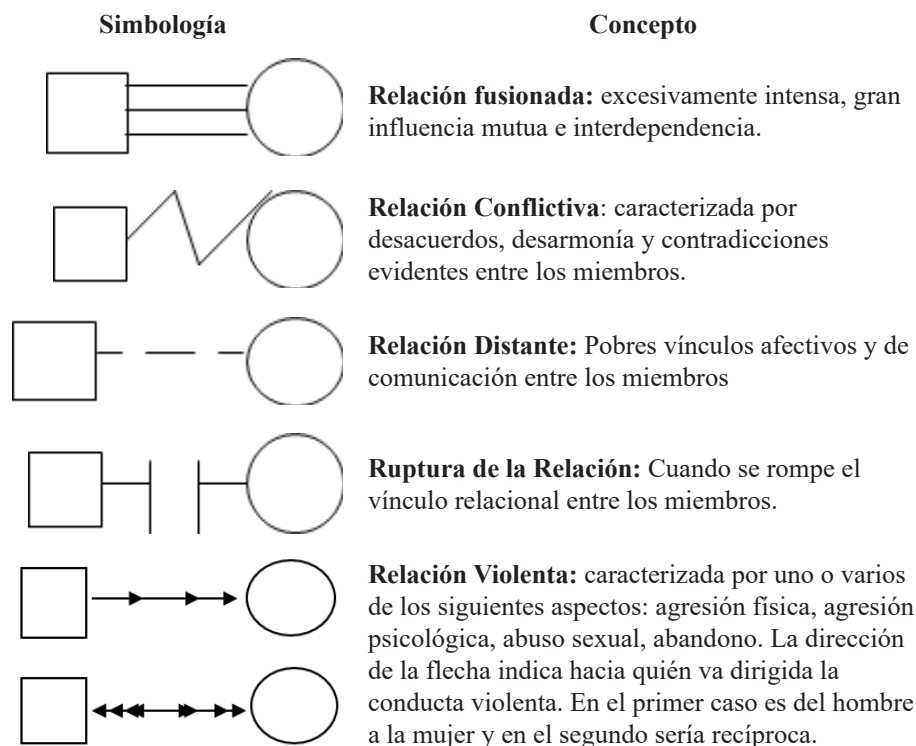
Figura 6. Relaciones familiares
Fuente: elaboración propia (2021).

Vale destacar que esta representación se grafica entre las figuras y no por encima de la línea de la estructura familiar.

2.2.1 Evaluación de la salud familiar

La evaluación de la salud familiar depende de tres elementos generales: El Funcionamiento de la Familia; las Condiciones Materiales de Vida; la Salud de los Integrantes del grupo social en estudio. Estos tres aspectos deben ser vistos en su interrelación dinámica, e identificarse aquellos más afectados en un grupo concreto, lo que permitirá establecer estrategias de salud a realizar con este.

2.2.2 Atendiendo al Funcionamiento de la Familia según GAMEF

En el seno de la familia y a partir de cómo se desarrolle la función educativa básicamente, se forman los motivos, patrones y hábitos relacionados con el comportamiento implicado en la salud, se gestan procesos que actúan como protectores de salud o desencadenantes de la enfermedad y se desarrollan recursos de apoyo altamente significativo y efectivo (Louro, 2004).

Evaluar el funcionamiento familiar implica tener en cuenta dos elementos. Nos referimos al cumplimiento de las funciones básicas de este grupo, que se conoce a partir de información que brinda la propia familia en entrevistas, la observación de sus conductas en la comunidad y datos que pueden aportar los equipos primarios de salud (médico y enfermera de cada consultorio médico de la familia) de la comunidad (Tabla 2).

Tabla 2.
Evaluación del cumplimiento de las funciones de la família

Función Económica	Se cumple	Si la familia cubre las necesidades materiales básicas de alimentación, higiene, cuidado personal, calzado, vestuario, medicamentos de sus integrantes.
	No se cumple	Si la família no cubre algyna de las necessidades básicas
Función Educativa	Se cumple	Cuando los miembros de la família mantienen comportamentos aceptados socialmente
	No se cumple	Si algún miembro de la familia presenta comportamientos no aceptados socialmente, ejemplo: conducta delictiva, antisocial, transgrede normas de convivencia social
Función Afectiva	Se cumple	Si los miembros de la familia expresan o evidencian signos de satisfacción en el intercambio con sus familiares (Ternura, amor, cariño, muestras de afecto)
	No se cumple	Si existe algún integrante de la familia que evidencie o exprese signos de carencia de expresiones anteriores o abandono.

Fuente: Colectivo de autores (2012).

Otro aspecto para valorar es la forma en que se desarrolla la dinámica de las relaciones interpersonales hacia lo interno de ese grupo. Para ello se considerará el resultado de la Prueba de Percepción de Funcionamiento Familiar FF- SIL. Este es un instrumento elaborado y validado por autoras cubanas que permite apreciar cómo se dan en la familia de manera concreta los indicadores de funcionamiento de este grupo que se explican a continuación (Ortega; De la Cuesta, & Dias, 1999).

La cohesión se refiere a la unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas domésticas. La armonía **a**punta a la correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo. Al referir la comunicación, se aborda el grado en que los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias y conocimientos de forma clara y directa, sin causar dificultades en las relaciones entre los implicados en el intercambio.

Al hablar de adaptabilidad, se aborda la habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas habituales del grupo, ante una situación que lo requiera. Por su parte, la afectividad ***e***s la capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.

Al describir cómo cada miembro de la familia cumple con las responsabilidades y los roles negociados por el hogar, se especifica el desempeño del rol asignado. Por último, la permeabilidad es la capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias y ayuda de otras familias e instituciones. A continuación, se muestra el instrumento mencionado.

2.2.3 Prueba de Percepción del Funcionamiento Familiar (FF-SIL)

A partir de aquí, se presenta un grupo de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Usted debe clasificar y marcar con una X su respuesta según la frecuencia en que la situación se presente (Tabla 3).

Tabla 3
Prueba de Percepción del Funcionamiento Familiar (FF-SIL)

	Casi nunca	**Pocas veces**	**A veces**	**Muchas veces**	**Casi siempre**
1	Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.				
2	En mi casa predomina la armonía.				
3	En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades				
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.				
5	Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.				
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.				
7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.				
8	Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan.				
9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.				
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.				
11	Podemos conversar diversos temas sin temor.				
12	Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas.				
13	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.				
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos.				

Fuente: Ortega; De la Cuesta & Dias (1999).

Se califica sumando cada uno de los puntos obtenidos por las respuestas obtenidas en cada ítem, que se evalúan de la siguiente manera: Casi siempre 5; Muchas veces 4; A veces 3; Pocas veces 2; Casi nunca 1. Se arriba a los siguientes diagnósticos: Familia funcional – de 70 a 57 puntos; Familia moderadamente funcional – de 56 a 43 puntos; Familia disfuncional de 42 a 28 puntos; y Familia severamente disfuncional – de 27 a 14 puntos.

Se define como familia funcional a aquella que cumple con las funciones básicas y que, además, obtiene la puntuación en la prueba FF-SIL que se corresponda con este diagnóstico. Será una familia moderadamente funcional **si** cumple con las funciones básicas pero la puntuación obtenida en la prueba FF-SIL se corresponde con ese diagnóstico. De precisa disfuncional en el caso del grupo familiar que no cumpla con alguna de las funciones básicas del grupo o la puntuación obtenida a partir de la aplicación de la prueba FF-SIL se corresponda con ese diagnóstico de Familia Disfuncional, en cualquiera de sus 2 niveles (disfuncional o severamente disfuncional).

Cada indicador de funcionamiento está evaluado a partir de dos de los ítems de la misma. Sumando ambos valores y promediándo, puede llegarse a identificar el valor de cada indicador en la dinámica de relaciones intrafamiliares.

Cohesión	ítem 1 e ítem 8
Armonía	ítem 2 e ítem 13
Comunicación	ítem 5 e ítem 11
Adaptabilidad	ítem 6 e ítem 10
Afectividad	ítem 4 e ítem 14
Roles	ítem 3 e ítem 9
Permeabilidad	ítem 7 e ítem 12

Se trata de un instrumento que se aplica a un miembro de la familia con autoridad en el grupo y que ha convivido con él durante algún tiempo para poder experimentar la dinámica del grupo social que se está evaluando. El autor considera oportuno aplicarlo a más de una persona y tomar como datos la información recibida por consenso de quienes respondieron al instrumento.

Puede llamar la atención que no se tenga en cuenta acá la función reproductiva como una de las funciones básicas de la familia. Esta se incluye en el acápite relacionado con las tareas de la familia en su tránsito por el ciclo vital (Tabla 4).

Atendiendo a las Condiciones Materiales de Vida y como expresa el GAMEF.

Tabla 4
Modo de vida familiar

<table>
<tr><td rowspan="11">Condiciones Materiales de Vida Familiar</td><td rowspan="3">Satisfacción de la familia con los ingresos (según criterio predominante en la familia)</td><td>Satisfechos</td></tr>
<tr><td>Medianamente satisfechos</td></tr>
<tr><td>Insatisfechos</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Condiciones estructurales de la vivienda</td><td>Buena (sólida, buen mantenimiento)</td></tr>
<tr><td>Regular (requiere reparación)</td></tr>
<tr><td>Mala (vivienda insegura)</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Equipamiento
Doméstico básico</td><td>Poseen al menos refrigerador, TV o radio y plancha</td></tr>
<tr><td>No alcanzan a tener estos equipos básicos</td></tr>
<tr><td>Tienen más que estos tres básicos</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Hacinamiento*</td><td>Hacinados</td></tr>
<tr><td>No Hacinados</td></tr>
</table>

Fuente: elaboración propia adaptada del manual para la intervención en la salud familiar GAMEF – Colectivo de autores (2012).

2.2.4 Atendiendo a la Salud de los Integrantes de la Familia por criterios del GAMEF

Se evalúa a cada miembro según los criterios establecidos para la dispensarización. Siempre se tendrá en cuenta la valoración hecha por el equipo primario de salud, es decir el médico y enfermera que asume la atención de salud de ese grupo familiar y de ese individuo en particular. La salud de la familia en este aspecto tiene dos vertientes. Una de ellas es que exista o no el predominio de la enfermedad sobre la salud; más individuos enfermos que sanos en la dinámica. El otro aspecto es la naturaleza del problema de salud diagnosticado.

En síntesis, la evaluación integral de la salud familiar no es una etiqueta. Implica la consideración de los aspectos determinantes siempre evaluados en su interrelación dinámica identificando aquellos más afectados en el grupo social que se analiza, lo que permitirá orientar las acciones de salud a realizar con la familia.

2.2.5 Intervención en las familias

Las intervenciones en general en las familias pueden ser realizadas por miembros del Equipo de Salud (médico y enfermera del consultorio) y/o del grupo básico de trabajo (psicólogo, obstetra, especialista en medicina interna, pediatra), según sea la preocupación fundamental que exista con relación a la familia en un momento dado. Estas acciones están dirigidas a propiciar el desarrollo de los propios recursos familiares de manera que ese grupo pueda ser capaz de hallar alternativas de solución ante los problemas de salud (Colectivo de autores, 2012).

Una intervención familiar de tipo educativa implica promover reflexión por parte de los individuos en la familia a partir de la información que se les brinda sobre temas de salud que les

afectan. Se pretende con este tipo de intervención estimular estilos de vida más saludables en los individuos del grupo. Una variante educativa es la orientación familiar en la que de manera general el profesional apoya a la familia en la clarificación de sus necesidades en salud y se valoran alternativas de solución.

La dinámica familiar es una técnica utilizada por el equipo de salud que tiene como fin contribuir a que la familia identifique sus problemas de salud familiar, tome decisiones y encuentre soluciones apropiadas a estos (Colectivo de autores, 2012*)*. Esta es una práctica de educación para la salud, que por excelencia es utilizada en situaciones en las que la meta de la intervención es que las familias, en este caso, logren herramientas para modificar actitudes. No es una técnica fácil de desarrollar, aunque es muy solicitada por directivos de las áreas de salud que reconocen su valor, pero no todos tienen el entrenamiento necesario para desarrollarla; además, no siempre es posible o recomendable utilizarla. Para cumplimentarla con éxito tiene requisitos, hay que seguir determinados momentos o etapas secuenciales y siempre se moviliza tanto lo cognitivo como lo afectivo y lo emocional.

Pueden presentarse numerosos ejemplos de casos en los que se trabaja más con la familia para enfocarse en su afrontamiento a situaciones difíciles que con alguno de sus miembros en particular. La mayor experiencia de la autora está en familias con pacientes oncológicos. En ellas, se ha explorado el fenómeno de la claudicación familiar, a veces ignorado por los profesionales de la salud (Pérez, 2016). También el impacto de un diagnóstico de este tipo y su repercusión en las pacientes y los familiares (Pérez, 2011), sin dejar de demostrar la necesidad de preparación que tienen los profesionales de la salud en términos de comunicación con pacientes de este tipo (Pérez, 2021). Difícil es asumir la intervención en familias que tiene niños con diagnósticos oncológicos, niños con alguna situación de salud que los limita de la vida de relación con coetáneos, tan necesaria en escolares y adolescentes (Pérez, 2014).

Como ejemplo de intervención psicoeducativa fue la realizada por la autora con tres elementos importantes implícitos en la atención al problema de salud oncológico. Se trabajó con tres grupos paralelamente; uno de pacientes adultos diagnosticados con cáncer, otro conformado por sus familiares y un tercero que incluyó a los médicos de familia que asumen la asistencia de esos pacientes y sus familiares (Pérez, 2021).

Fueron desarrolladas en cada caso algunas sesiones de trabajo con una evaluación inicial de conocimientos sobre la enfermedad, afrontamientos a la misma, reacciones emocionales, apoyo social percibido para los afrontamientos a la enfermedad desde cada uno de esos roles y preparación para asumir el que desempeñaban en ese proceso.

Quedó demostrado la dificultad que existe en la comunicación paciente-familia y paciente-médico, y se evaluó la intervención como muy positiva en la medida que les permitió minimizar ese problema brindándole elementos para reconocer y evitar la conspiración de silencio y la claudicación familiar.

3 Consideraciones finales

En Cuba, se ha logrado en gran medida unificar lenguaje técnico al referirse a la familia como grupo diana en las acciones de los diferentes profesionales que tributan a la atención integral de las familias.

En estudios de estos grupos, fue interesante constatar que fueron frecuentes los fenómenos de la claudicación familiar y la conspiración de silencio; situaciones familiares estas que, con las sesiones de intervención desarrolladas, las propias familias lograron identificar y buscaron estrategias de acción que en sus dinámicas podrían facilitar su afrontamiento e incluso minimizarlo desde que eran identificados los primeros indicios de los mismos.

En general, pudo modificarse en alguna medida la comunicación; elemento importante en los tres casos que reconocieron al inicio muy afectado.

Todo el proceso interventivo permitió realizar nuevas investigaciones, establecer estrategias interventivas puntuales en casos más afectados y preparar e impartir cursos de postgrado para los médicos que reconocieron no estar preparados de manera eficiente para asumir pacientes oncológicos al no contar con habilidades para comunicarse con ellos. Estos elementos fueron incluidos también en la docencia de pregrado como parte de la vinculación estrecha entre asistencia – investigación – docencia.

Hay mucho camino a transitar en el mundo de la atención a la familia. Es un campo difícil, pero necesario en tanto es en este grupo social donde se nace, se crece y se desarrollan valores que permitirán formar hombres de bien para las nuevas generaciones.

Una familia sana no significa que tenga ausencia de enfermedad. Es una condición dinámica, influida por las condiciones materiales de vida, por los cambios de la familia en su proceso de desarrollo y por los problemas de salud-enfermedad de sus integrantes. Nuestra tarea está encaminada a enseñarles o apoyarles para que transiten de la manera más sana posible por las distintas etapas de su desarrollo como grupo social.

No puede obviarse el respeto a los principios éticos para que cualquier acción con la familia sea exitosa. En este sentido se recomienda tener en cuenta el consentimiento del grupo familiar, es decir su aceptación para participar en la intervención que se haya previsto en ella, explicándoles sus objetivos y las características de su desarrollo. Debe dársele garantía de confidencialidad de la información manejada, tanto para fuera de la familia como para su interior y nunca transgredir sus ideas, creencias, cultos y prácticas religiosas u otras. El respeto a estos grupos sociales, es imprescindible para lograr éxito en cualquier acción que se desarrolle en ellos.

Referencias

Colectivo de autores (2012). *Manual para la intervención en la salud familiar*. La Habana. Editorial ECIMED.

González, B.L., & Pérez, C. (2015). Claudicación familiar en grupos con pacientes oncológicos válidos. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 12 (3). Obtenido de: http://www.revistahph.sld.cu/2015/Nro%203/claudicacion%20familiar.html

Louro, I. (2004). *Modelo teórico – metodológico para la evaluación de salud del grupo familiar en la atención primaria*. Tesis (Doctorado en Salud Pública) – Ciudad de La Habana. Escuela Nacional de Salud Pública. Obtenido de: https://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/140156

Ortega, T., De la Cuesta, D. & Dias, C. (1999) Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. *Revista Cubana Enfermería*, 15(3), 164-168.

Pérez C. (2015). *Cáncer, mujer y familia La Habana*, Ediciones Liber.

Pérez C. (2021). *Cáncer; ¿preparados para afrontarlo?* La Habana. Editorial José Martí. (en imprenta).

Pérez C. (2011). Ciclo vital de la familia *En*: *Psicología y práctica profesional de enfermería*. La Habana. ECIMED.

Pérez C, González L. (2016). Claudicación familiar en grupos con pacientes oncológicos en etapas avanzadas de la enfermedad. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*. 13 (1). Obtenido de: http://www.revistahph.sld.cu/2016/Nro%201/claudicacion%20familiar.html

Pérez C & García, I. (2015). Crisis familiar por infertilidad desde la perspectiva de las parejas. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 12(2). Obtenido de: http://www.revistahph.sld.cu/2015/Nro%202/crisis%20familiar

Pérez C. (2014). *La familia. ¿Cómo asumir eventos inesperados*? La Habana. Ediciones Liber.

Pérez C. (1999). La familia en su etapa de formación. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, *15*(3), 237-240. Obtenido de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000300003&lng=es&tlng=es

Pérez, C., & Sebazco, A. (2000). Familia perdida: Características de esta crisis familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, *16*(1), 93-97. Obtenido de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252000000100016&lng=es&tlng=es.

Pérez C. (2012). *El reto de vivir en familia*. La Habana. Ediciones Liber, 2012.

CAPÍTULO 7

DIÁLOGO DE SABERES EN ENFERMERÍA CON COMPROMISO SOCIAL Y FUNDAMENTO TEÓRICO EN FAMILIA A TRAVÉS DE LA EDUCACIÓN EN SALUD

Ana María Soto González[1]
María Eugenia Vélez Arias[2]
Ana Maria Carmona Ramírez[3]

1 Introducción

La enfermería está necesitando cada vez más que las acciones en relación a la docencia no solo se den en el proceso enseñanza sino sobre lo que el profesor enfermero sabe y lo que el estudiante aprende de él, debido a que se hace necesario otorgarle continuidad al proceso de formación donde la experiencia se da através de un diálogo de saberes que permite la integración del conocimiento y sobre todo, la capacidad de un constructo propio que lleva al estudiante a un pensamiento crítico constante y un aprendizaje que genera nuevas ideas y propuestas para su área académica y en su futuro profesional.

De allí que la dinámica, según como lo plantea López y García (2012), es la práctica a la luz de la integración de los conocimientos en los diferentes espacios de formación, enriquecen esta relación docente-estudiante a partir de una propuesta de formación como lo es el Proyecto Integrador; el cual es una estrategia didáctica donde se llevan a cabo un conjunto de actividades articuladas entre sí con el propósito de identificar, interpretar, argumentar y resolver un problema del contexto; con lo que García et al. (2010) manifiestan que permite contribuir a formar una o varias competencias del perfil de egreso, teniendo en cuenta el abordaje de un problema significativo en el contexto disciplinar– investigativo, social, profesional.

1 Enfermera Docente Tiempo Completo, Unidad Central del Valle del Cauca. Correo electrónico: asoto@uceva.edu.co.
Magíster en Enfermería con énfasis en salud familiar, especialista en cuidado psicoespiritual. Experiencia con comunidades desde hace aproximadamente 15 años, iniciando con equipos de Atención primaria en salud y 13 años en la docencia universitaria en asignaturas de salud comunitaria y salud familiar, además de asignaturas con énfasis humanístico como son la ética y los procesos de humanización de la salud y -el cuidado de enfermería. Experiencia en el proyecto integrador en las dos asignaturas desde hace 12 años, el cual tiene aproximadamente 14 años de venirse ejecutando.

2 Enfermera Docente Tiempo Completo, Unidad Central del Valle del Cauca. Correo electrónico: mvelez@uceva.edu.co
Especialista en Epidemiología, Magíster en Enseñanza de la Ciencia, experiencia con comunidades desde hace 13 años, como epidemióloga en los equipos regionales de Atención Primaria Salud, y 19 años en docencia Universitaria en las asignaturas de epidemiología y salud comunitaria. Actualmente en docencia de promoción y prevención en enfermería en el niño, adolescente y la familia, desde hace aproximadamente 8 años hace parte del equipo que conforma las asignaturas del proyecto integrador en segundo semestre.

3 Enfermera, Docente hora cátedra, Unidad Central del Valle del Cauca. Correo electrónico: acarmona@uceva.edu.co
Maestrante en enfermería con énfasis sanitaria, experiencia en docencia desde el año 2012 y en la cátedra de Salud Familia y Comunidad I desde el 2016 con el proyecto integrador en segundo semestre.

Esta investigación se realiza bajo el modelo pedagógico interestructurante que permite el diálogo de saberes; base sobre la cual, el estudiante desarrolla las habilidades e identifica los mediadores en el proceso (profesores de las asignaturas). Este modelo garantiza la síntesis dialéctica de acuerdo con lo que señala De Zubiría (2010) y permite la organización de las actividades para resolver los problemas identificados en las comunidades y familias.

Entonces, el programa decide acogerse a los lineamientos del Proyecto Educativo Institucional (PEI), el cual propone el modelo pedagógico integrador e interestructurante "que posibilita la construcción de coherencia entre la teoría y la práctica desde un currículo investigativo que resignifique el concepto de responsabilidad social universitaria" (PEI, 2020, p. 17); manteniendo una interacción permanente entre la investigación, la docencia y la proyección social. En este sentido, los procesos académicos se articulan permitiendo dar respuesta a un currículo integrador. Los docentes motivan al aprendizaje abordando el problema y experiencia para que impacten en los procesos enseñanza-aprendizaje con los resultados y lo vivido en la práctica formativa que a los estudiantes los fortalece en su proceso académico y además en su proceso personal para enfrentarse a diferentes condiciones de vida del ser humano a la que pueden no estar enseñados a vivir.

También, generan en el estudiante, un pensamiento crítico que lleva al desarrollo de habilidades, análisis, para la solución de problemas, resolución de conflictos, toma de decisiones, respeto a la diversidad cultural, empatía y el aprendizaje de la lógica en la investigación, buscando con esto un profesional humano y comprometido por el desarrollo de la región.

En este capítulo, se describe cómo se desarrollan los proyectos integradores, durante el contexto comunitario en segundo semestre, valorando e impactando en la comunidad, de manera general y en el tercer semestre se muestra el abordaje familiar de manera singular atendiendo a las necesidades de la comunidad o familia; de esta forma, la esencia de la disciplina Enfermería se precisa en la atención de las necesidades de cuidados de la población, incorporando además un enfoque holístico y generando planes de acción, mediante el Proceso de Enfermero en sus cinco etapas (Brito Brito, 2007; García Guzmán, 2016; Murillo et al., 2018).

El estudiante con su docente en las asignaturas de Salud, familia y comunidad (I y II) a través del proyecto integrador, reflexionan ante una situación problemática de enfermería de la que se formula una pregunta frente a la familia o comunidad a través de instrumentos de valoración, posterior, verifica y registra las necesidades de la población objeto de práctica para el análisis y priorización de alternativas frente al cuidado, y así toma decisiones para intervenir; también logra reconocer sus limitaciones personales y las del entorno.

Finalmente, el docente apoya al estudiante en su desempeño y ayuda a reflexionar sobre sus acciones y experiencia vivida. Este proceso de intervención con la familia o la comunidad es realizado a través de actividades lúdicas que permitan más fácilmente la movilización social, la adherencia a las actividades educativas, la organización y participación de grupos de la comunidad y la familia.

Considerando la Ley 1438 de 2011, existen algunas de estas propuestas utilizadas son el clown, teatro, deportes, el juego y la lúdica, talleres, actividades demostrativas y las demás que permitan la interacción entre la comunidad o familia. Las acciones desde la valoración van

enmarcadas en la mirada de la atención primaria en salud – diagnóstico participativo, cartografía social, valoraciones familiares, entre otros (Congreso de la República de Colombia, 2011) al igual que las rutas de atención integral para la promoción y el mantenimiento de la salud en los diferentes ámbitos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

Por su parte, Herrera y Jaimovich (2020), sostienen que el estudiante procura resolver la situación a la que se enfrenta y motivarse a definir qué información necesita buscar para luego analizar e interpretar cuidadosamente lo que se recopile y poder diferenciar entre lo que le es útil o no, generando así su propio conocimiento, integrando los saberes en las diferentes asignaturas que componen el semestre y relacionándolo con la práctica de cuidado a través de una teorista de enfermería; en la primera asignatura una teorista con una mirada de participación en la comunidad (Elizabeth Anderson) y cómo este entorno y estructuras que la rodean influyen sobre la misma, modelo teórico que está basado en el modelo sistémico de Betty Neuman que permite una aproximación integral al paciente concebido como un sistema abierto y dinámico, comprendiendo mejor al paciente en su relación con el entorno.

En el tercer semestre, como experiencia desde el aula y la práctica de la asignatura de salud, familia y comunidad II, se propone la mirada del cuidado de enfermería familiar a través de la teorista Marie Luisa Friedemann con el marco teórico de organización sistémica, que desde su libro define a la familia "como el sistema que transmite las creencias y cultura que tiene cada uno de los individuos de nuestra sociedad, llevándolos a obtener unos patrones y valores que lo rigen como ser humano"(Friedemann, 1995; Forero et al., 2020). Esta propuesta busca que el estudiante valore a la familia con una mirada integral, entendiendo que todas las asignaturas en el semestre fortalecerán sus competencias y habilidades para promover la salud y bienestar de la familia y sus individuos.

Esta experiencia termina fortaleciendo los procesos académicos de los docentes en relación a un objetivo común de semestre y de programa que permite impactar en los resultados de aprendizaje a través de la comunicación entre las asignaturas y sus propios docentes, igualmente en el estudiante fortalece una mirada integradora y única de un ser humano que tiene diferentes dimensiones de valorar e intervenir, entendiéndolo como un sujeto político, social, cultural que se relaciona con un entorno en el que el enfermero debe saber permear para buscar procesos de transformación que aporten al bienestar y salud de las personas. El objetivo del presente estudio es presentar una propuesta de integración e inter estructurar el conocimiento de las asignaturas del cuidado con las demás asignaturas del semestre que le aportan y fundamentan a la práctica de enfermería, mediante un dialogo de saberes con el entorno.

2 Desarrollo

Para dar cumplimiento al objetivo planteado en el trabajo de aula y práctica que es integrar e inter estructurar el conocimiento de las diferentes asignaturas del semestre para el cuidado de la comunidad o Familia se busca fortalecer la formación integral del estudiante

de enfermería, la práctica de salud Familia Comunidad I y II asignada en el segundo y tercer semestre del programa realicen el proyecto de intervención comunitaria y familiar sobre la situación de salud en comunidades vulnerables respecto a su condición social, económica y demás factores de riesgo y protectores que impacten sobre la familia, comunidad o individuo.

Este proyecto de intervención en enfermería responde a los proyectos integradores que buscan aportar a la Unidad Central del Valle del Cauca-UCEVA del cómo concibe en su modelo pedagógico, una visión interestructurante e integradora de conocimientos que permitan el impacto a la región, buscando respuesta de un diálogo de saberes, expresado en el PEI (2020) así como "un modelo pedagógico interestructurante que trabaja los contenidos de las disciplinas y asignaturas (desde las que se construyen estructuras de pensamiento) pero que incentiva la libertad del estudiante para que él mismo desarrolle su actividad y organice, reconstruya y/o transforme los objetos reales o simbólicos, naturales y culturales que estudia.

Estos objetos, que se hacen más específicos cuando se problematizan, modelan la acción del estudiante y, por tanto, sus estructuras mentales. En esto consiste la interestructuración del sujeto y el objeto, el cual define un método genético estructural. Al tomar en cuenta la dimensión genética, introduce como factor esencial la iniciativa y la actividad del sujeto en la construcción de su saber, rechazando al mismo tiempo todo proceso de transmisión o coacción; pero mediante la explotación de los efectos estructurantes de los contenidos culturales sustrae al alumno de las desviaciones y las lentitudes del redescubrimiento total" (Not, 1983). Siendo así, no parte de las disciplinas sino construyendo la pregunta de investigación, demandando de ellas contenidos concretos para construir respuestas (PEI, 2020).

Por tanto, el proyecto integrador de segundo semestre en su resultado muestra el "Análisis de situación de Salud de las comunidades en una población de la ciudad donde realiza la práctica", buscando que el estudiante al obtener la información desde sus saberes aplique competencias específicas que den respuesta a las necesidades de la comunidad y por ende a su propio crecimiento académico y personal.

El informe final de este proyecto, es un artículo organizado de investigación básica, donde cabe destacar tres grandes bloques que propone la metodología ASIS, MPS /OPS/OMS: Capítulo 1: Caracterización de los contextos territoriales y demográficos, Capítulo 2: Abordaje de los efectos de salud y sus determinantes, Capítulo 3: Priorización de los efectos de salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014; 2016).

Dentro de los instrumentos para la recolección de la información se clasifican teniendo en cuenta el enfoque cuantitativo, como son la encuesta de caracterización de la comunidad, el recorrido de mapeo observacional (cartográfico), permitiendo que al hacer la consolidación de los datos numéricos se construyan tablas o gráficos, los cuales se analizan posteriormente y los instrumentos del enfoque cualitativo, como el análisis de la cartografía social, entrevista a líderes, guías de observación, recorrido de terreno con diarios de campo, anecdotarios y discusiones grupales, los cuales son previo consentimiento informado y respaldado por documento con las personas de la comunidad que participan.

De estos insumos surge entonces la caracterización demográfica como resultado de la población asignada, en la que describen la composición y distribución de la comunidad, es decir la caracterización de la población, donde se identifican su interrelación con las condiciones socio-culturales, aspectos sociodemográficos (incluidos género, edad, estado civil, educación, ocupación y estrato socioeconómico, etc.) llevando a que respondan técnicas de análisis respectivas y representación gráfica en pirámide poblacional de la comunidad por su interrelación de las variables fundamentales que contribuyen a determinar los niveles de fecundidad, mortalidad y migración.

Otros aspectos tales como su interrelación con el ambiente físico-biológico, que identifica aspectos relacionados con la vivienda (tenencia, condiciones de paredes, pisos etc.), hábitos, vectores, control en manipulación, preparación y acceso a los alimentos que permitan establecer factores de riesgo para la salud de la comunidad. Así mismo en la Ley 100 de 1993 se describe la participación de la comunidad en el SGSSS (Sistema General de Seguridad Social en Salud) por Entidades Promotoras de Salud y Régimen al cual pertenecen.

También se describe la dinámica de la comunidad a través del cálculo de las tasas de fecundidad, mortalidad general, mortalidad específica, morbilidad, migración y en general todos los indicadores demográficos con su análisis, además con entrevistas estructuradas de "cómo se organiza mi gente en la comunidad" en la que se identifica su estructura administrativa, política, económica, social y otra entrevista sobre "en qué cree mi gente", valorando los aspectos culturales como la religión, mitos, leyendas, líderes o personajes, folclore y comidas típicas.

Por otra parte este informe evidencia el abordaje de los efectos de la salud y sus determinantes a través del análisis de la mortalidad, morbilidad en relación a las condiciones de salud y enfermedad de la población, también los factores externos que existen en la comunidad y que generan impacto sobre la misma, de que se está enfermando la comunidad en el último año (niños, escolares, adolescentes, adultos jóvenes, mujeres en edad fértil, mayores y ancianos) y las causas por las que se hospitalizan y mueren.

Ya al tener toda la información y haberla analizado los estudiantes en grupos colaborativos, se disponen a la priorización de necesidades de salud de la comunidad en diálogo con ellos, buscando respuesta a las condiciones sociales, ambientales, sanitarias y/o biológicas (determinantes de la salud) que fueron evidenciadas durante la fase de valoración y que son necesarias intervenir a corto, mediano o largo plazo. De allí los estudiantes realizan un plan de acción que permita la movilización social de la población y se adhieran a las estrategias educativas que se implementan, buscando así que al ejecutar y evaluar se consigan procesos de transformación de conocimiento y acciones de la comunidad que vayan en pro del cuidado de la salud. Finalmente se hace un diálogo de saberes a través de las asignaturas que participan en el proyecto integrador y la asignatura que realiza la pregunta integradora que es salud familia y comunidad I.

Este proyecto integrador de segundo semestre, es una investigación básica que obedece a una metodología mixta, por sus diferentes maneras de abordar a la comunidad y bajo el marco

teórico de Elizabeth Anderson sobre "comunidad participante", buscando la identificación paso a paso de los elementos presentes en la teoría a medida que realizan la evaluación de su comunidad.

En el tercer semestre de enfermería, se sigue la conexión con el semestre comunitario en donde los estudiantes ya se enfrentan a las mismas comunidades, aquí se integran los conocimientos de segundo semestre y además las asignaturas que dialogan son educación para la salud II, Psicología, Ética I y la asignatura que genera la pregunta integradora Salud, familia y comunidad II, aquí los estudiantes van a las comunidades, retoman la valoración de las mismas y deciden una familia de la comunidad como objeto de estudio y aplicación de las actividades que en la práctica se realiza, con el fin además de mejorar las condiciones de bienestar de las familias a través de la educación.

También responden a una valoración que se compone de instrumentos además de la encuesta que puedan aportar a valorar las condiciones de autocuidado en la salud familiar, de estos surgen elementos de análisis como son los instrumentos de valoración familiar en los que se realizan familiograma, ecomapa, apgar familiar, escala de reajuste social (de acuerdo a la condición de las personas en la familia) y árbol familiar, los cuales se realizan con previa autorización de los integrantes de la familia (consentimiento informado).

A través de la guía entregada a los estudiantes se hace la identificación de la familia teniendo en cuenta la fecha de apertura en la práctica y la de cierre, la delimitación geográfica, condiciones de la vivienda, la composición familiar, riesgos individuales y características propias (según ciclo vital individual). Además, la reseña histórica de la familia, estructura familiar, para obtener la tipología familiar, los subsistemas familiares y ciclo vital familiar, posteriormente se hace un análisis del familiograma en el cual se describen las generaciones, características de los miembros, roles y relaciones (diagrama vincular) y se describe y analiza el ciclo vital familiar e individual teniendo en cuenta los posibles factores de riesgo y factores protectores que se encuentran desde la familia.

Además, el tipo de subsistema familiar que predomina y si es adecuado para el tipo de familia y el ciclo vital al que se encuentran. Se socializan también con la familia las costumbres, rituales, hábitos y condiciones culturales que evalúan si tiene repercusiones sobre las condiciones de salud de la familia.

El acompañamiento permite la descripción de componentes de bienestar y acceso de las familias a recursos y apoyo externo como son religión, familia extensa, amigos, vecinos, sistema de salud, trabajo, educación, recreación, deporte, entre otros que se presenten y se analiza la permeabilidad, los límites y el acceso los mismos.

A partir de otros instrumentos (como el apgar familiar, escala de reajuste social y árbol familiar) y la teoría de Friedemann se determina la organización familiar en la que se valora la funcionalidad familiar. Permitiendo así, que el estudiante identifique un enfoque de riesgo familiar, en el que se pretende valorar la condición de congruencia familiar de la familia o el riesgo que ésta presenta, en un proceso de ruptura de esa congruencia, por lo que se tiene en cuenta la ilustración de la teorista en la que describe las dimensiones o estrategias como las

acciones al interior de la familia o el individuo como son: i Mantenimiento del sistema; ii) cambio del sistema; iii) individuación y iv) Coherencia, buscando así el aportar a las metas expresadas como la estabilidad el control, crecimiento y espiritualidad.

Teniendo visible estas acciones el estudiante realiza el plan de cuidados familiares que en compañía de la familia priorizan de acuerdo con las necesidades sentidas de los mismo y las que más pueden generar riesgo de impactar negativamente en la salud del núcleo familiar, para lo que realizan planes educativos o de gestión en las actividades intersectoriales que brinde respuesta a mejorar esas condiciones y, por ende, generar transformaciones en su bienestar. Siguiendo con su trabajo el estudiante tendrá la posibilidad de evaluar las condiciones de la familia y definir si su plan de cuidados aportó al sostenimiento de la congruencia familiar (Friedemann, 1995; Forero et al., 2020).

De acuerdo con los resultados obtenidos en el proceso de enfermería de la comunidad y la familia se puede identificar que los proceso de recolección en la elaboración del diagnóstico dentro de la comunidad y el grupo familiar obliga a una postura amplia de la enfermería con conocimiento en Atención Primaria en Salud y manejo de la salud pública; teniendo en cuenta esto, entonces se puede decir que el proyecto integrador al resolver una problemática, obedece a alguna propuesta en el ámbito comunitario y familiar como se propone según Dandicourt (2018) en el modelo comunitario de atención donde se plantea una estructura que coordine las acciones que van en beneficio de la comunidad y la familia, de allí se puede observar que la influencia de estas acciones pueden darse mediante un nivel de posición como lo es el paciente, la familia y la comunidad

Así mismo, lo expone Mira et al. (2019), cuando expresa que el Proceso de Cuidado de Enfermería en Atención Primaria de Salud (APS) está dirigido a conseguir la promoción de la salud, la prevención, recuperación y rehabilitación de las enfermedades, donde los servicios estén al alcance de la persona, familia y comunidad.

Por otro lado, Batres et al. (2009) señalan también como quedaría evidenciado en otra investigación se describe que en el espacio domiciliario intervienen diferentes protagonistas, como principales se encuentra el paciente y la familia, que son los que reciben los servicios de salud de los proveedores, pero, que para que esto sea siempre efectivo y atender a las necesidades de cuidados de la familia y la comunidad debe haber siempre un profesional, como figura que coordine y dé continuidad a los cuidados.

En el modelo teórico de Elizabeth Anderson de la comunidad participante, se plantea a la comunidad en relación con el entorno, analizado a través de la rueda de valoración que se compone ocho subsistemas como el núcleo enfocado a las características propias de la comunidad o la familia como sigue:

1. Ambiente físico que corresponde a las condiciones ambientales, físicas y de vivienda que se encuentran en el entorno.
2. Los servicios sociales y de salud determinan el acceso a los servicios de salud y disponibilidad de apoyo comunitario para la población.

3. Seguido de economía considerada como los recursos de servicios, fuentes de trabajo, bienes, ocupación y demás condiciones que responden específicamente al crecimiento de la comunidad,
4. Seguridad y transporte en correspondencia a las disposiciones de apoyo a la comunidad como policía, bomberos, disposición de servicios públicos y el transporte que permite que la comunidad tenga respuesta a sus necesidades básicas.
5. La parte política representa al acceso a el gobierno local que aporta al desarrollo comunitario de la población.
6. La comunicación desde el ámbito formal e informal como medios de información que permiten la educación desde la comunidad y los procesos de interacción de los integrantes de la misma.
7. La educación como componente disponible y recurso que permite mayores oportunidades para las personas que residen en el sector.
8. Por último, es igual de importante la recreación como eje de reforzamiento positivo y descanso, en la que la comunidad pueda desarrollar procesos de relación familiar y comunitaria (Monroy, 2020).

El modelo de comunidad participante de Elizabeth Anderson es un modelo de enfermería que permitió generar la participación de una comunidad junto a empoderar a la población para aumentar sus capacidades de control y autocuidado tanto a nivel individual, familiar y comunitario con el fin de lograr su máximo bienestar. Por otro lado, Brito et al. (2018) mencionaron que en consonancia con el trabajo de práctica de los estudiantes del programa de enfermería de la UCEVA, que también al tener una guía clara sobre el modelo teórico permite cumplir un propósito no solo de dar respuesta a la comunidad, sino también de generar un espacio de formación y transformación del estudiante en su modelo de cuidado y a ver al ser humano como un ser que se impacta por todo lo que lo rodea.

Demostrado en la organización interna del proyecto donde de acuerdo a los 3 capítulos componentes de un Análisis de Situación de Salud de una comunidad, el Capítulo 1: Caracterización de los contextos territoriales y demográfico y Capítulo 2: Abordaje de los efectos de salud y sus determinantes, dan respuesta a las etapas del proceso enfermero, valoración y diagnóstico, y el capítulo 3: Priorización de los efectos de salud, el componente responde a las etapas de planeación, intervención y evaluación del proceso de atención de enfermería, de una manera sintetizada pero que se logra hacer comparaciones con la localidad donde se desarrolla el proyecto, con el departamento y el país, incluyendo la teoría de enfermería que corresponde a una dinámica participativa de la comunidad y las herramientas propias en trabajo de la salud pública.

Esto está evidenciado en los procesos enfermeros como lo muestran investigaciones de acuerdo con lo mencionado por García (2016) y en el mismo documento para realización del ASIS (análisis de situación de salud), dado que el proyecto al igual que el ASIS describe el contexto histórico, político, socioeconómico, cultural y demográfico, analiza la calidad

de vida, el bienestar y la salud de la población, su morbilidad y mortalidad que permita identificar prioridades y proponer intervenciones en salud potencialmente costo-efectivas.

López (2018), por su parte, argumenta que como insumo para la toma de decisiones, se evalúan los resultados promoviendo la participación social, aunque en una menor escala pero el estudiante con su equipo docente se orienta en el proceso enfermero, además se puede decir que este proceso también muestra algunos puntos de comparación en busca de mejorar el quehacer del estudiante de enfermería en su parte comunitaria, como lo evidencia la investigación del análisis del portafolio como herramienta evaluativa de las prácticas clínicas de enfermería comunitaria en estudiantes de pregrado, implementando herramientas para su seguimiento. Con lo cual, Serrano et al. (2010) argumentan que de esta forma pueden contribuir a encontrar claves para mejorar el proceso de enseñanza-aprendizaje.

El proyecto integrador en el segundo semestre de enfermería se convierte en un proceso de investigación de naturaleza mixta que comprende el enfoque cuantitativo y cualitativo e incluye las características de ambos. Apoyándose en la concepción expuesta por Hernández et al. (2014), este se trata de un enfoque mixto como un proceso en el que se recolecta, analiza y vincula datos cuantitativos y cualitativos en el mismo estudio. En este proyecto el enfoque cuantitativo está específicamente en los procesos de encuesta y caracterización de las familias que conforman la población a estudio y el enfoque cualitativo se aproxima en las actividades e información recolectada de cartografía social, entrevistas a líderes y formatos de diario de campo y observación. Así entonces la integración y discusión conjunta, ayuda a realizar inferencias y lograr un mayor entendimiento del fenómeno.

Igualmente, en el tercer semestre se dialogan las asignaturas en relación con el marco teórico de organización sistémico de Friedemann (1995) que plantea a la familia como el sistema que transmite las creencias y cultura que tienen cada uno de los individuos de nuestra sociedad, llevándolos a obtener unos patrones y valores que lo rigen como ser humano.

Continuando con lo mencionado por Friedemann (1995), este autor señala que el modelo presenta unos componentes centrales que permiten valorar mejor a la familia como son las Estrategias del sistema que se clasifican en mantenimiento del sistema: Reglas, roles, Toma de decisiones, planeación de actividades, vigilancia del comportamiento y detección de información; Cambio del sistema como son aceptación de nuevos conocimientos, límites permeables de creencias, vista familiar flexible, visualización de eventos no planificados como retos; la individuación que lleva al desarrollo del yo (búsqueda de significado, desarrollo de relaciones externas, participación en trabajos y de comunidad) y la coherencia que es el enlace emocional e identificación de la familia (compromiso de la familia, concertación mutua y respeto, compartir), definiéndose como las acciones o comportamientos que se tienen al interior del hogar para lograr una armonía.

Las acciones descritas según Friedemann (1995) se relacionan desde la armonía con la búsqueda de la congruencia familiar, manteniendo a través de las estrategias mencionadas las metas u objetivos de la familia, dentro de los que se clasifican la estabilidad que es la seguridad

que ofrece la familia a cada individuo que la conforma, el crecimiento familiar el cual facilita la comunicación entre sus miembros, el control que lleva al mantenimiento de la estructura familiar y la espiritualidad que realiza conexión de la familia emocional entre ellos y fomenta el que cada uno de los miembros crezca.

La familia requiere tener unos patrones en los que compartan responsabilidades y funciones y así pueda tener unos comportamientos que lleven como resultados la forma de organización familiar, la cohesión o unión entre las familias así tengan situaciones que puedan generar desviaciones o disfuncionalidad.

La teoría de la comunidad participante y la de marco teórico de organización sistémica se relaciona evidenciando que la familia, bien, si cumple un papel fundamental en el individuo, también hay otros sistemas que se conectan en este contexto como es el educativo, el financiero, el sistema de salud etc., demostrando entonces que el ser humano por naturaleza requiere ser valorado y cuidado entendiendo y aceptando su entorno para poder ofrecer un cuidado de enfermería integral que dé respuesta a las condiciones de bienestar y calidad de vida de las personas.

En este punto el estudiante tiene la capacidad de hacer una evaluación de cada paso del Proceso enfermero que le da continuidad al proceso iniciado desde la valoración: en los procesos de colaboración de los miembros familiares, la relación enfermero-comunidad o enfermero-paciente que permite la retroalimentación de la manera de cuidar. El diagnóstico de enfermería se evalúa con base en la insatisfacción de necesidades o situaciones familiares o comunitarias encontradas, demostrados en los indicadores reales y potenciales que determinen si los riesgos corresponden a lo evidenciado por el estudiante.

Posterior a la planeación, se evalúa a través de la formulación de objetivos y actividades con base a las metas que implican el uso de posibles recursos personales y familiares para incrementar la capacidad de los miembros de afrontar los problemas y mejorar la condición familiar, fijándose metas alcanzables; en la ejecución, se evalúa cómo se realizaron las actividades programadas en relación a la coordinación con la familia sobre los días de visitas, los tipos de intervenciones y permiten evidenciar la estimulación y motivación para su participación en la solución de sus problemas.

En este sentido entonces, se responde al proyecto integrador a través del proceso práctico de enfermería que es el proceso enfermero (PEPE) en el que se contempla las cinco etapas: Valoración, Diagnóstico, Planeación, Intervención y evaluación desde las dos miradas teóricas y dando respuesta a la pregunta integradora que permita que dialoguen las asignaturas y que aporten a un conocimiento integral y una actividad experiencial y participativa en la que el estudiante construye sobre su propio constructo.

Las dos asignaturas permiten que el estudiante adquiera competencias de enfermería como son expresados en las rúbricas de evaluación, que evalúan y valoran el proceso y final de la práctica (con la sustentación de un trabajo en el que exponen el Proceso enfermero) a través de 5 competencias las cuales son iguales en los semestres y solo se cambian las acciones que sean necesarias en las necesidades de cuidado de la asignatura como son:

1. Capacidad para mantener durante la práctica una actitud de compromiso, servicio, cooperación, dentro de los lineamientos éticos, morales y normativos de la profesión.
2. Habilidad para aplicar la metodología del proceso de atención de enfermería al paciente, familia y comunidad.
3. Capacidad para documentar y comunicar de forma completa el cuidado del paciente y su familia para proveer continuidad y seguridad en la atención.
4. Capacidad para diseñar, ejecutar y evaluar actividades de educación en salud que respondan a los dominios, patrones, dimensiones (de acuerdo con teoría de enfermería) alterados del paciente, la familia y/o la comunidad.
5. Capacidad para utilizar adecuadamente una gama de habilidades, intervenciones y actividades para proporcionar cuidados óptimos.

En este proceso entonces, se unen los conocimientos de cada asignatura mencionada, el docente encargado de la asignatura integradora con la docente titular y de práctica (disciplinar) es quien dirige el proceso de campo, guía y orienta el desarrollo del proyecto, los docentes de las asignaturas articuladoras aportan al área específica con la que se relacionan; el producto final, en la comunidad o la familia, se presenta en actividades que buscan el bienestar de la comunidad o la familia a partir de la valoración de sus necesidades.

De allí se establecen los criterios de evaluación formativa en relación con las competencias mencionadas sustentada desde la mirada del Proyecto educativo institucional (PEI, 2020), en las cuales el estudiante aprende haciendo, descubriendo, produciendo y auto evaluándose a través de educación creativa (PEI, 2020; PEPE, 2021) (Figuras 1).
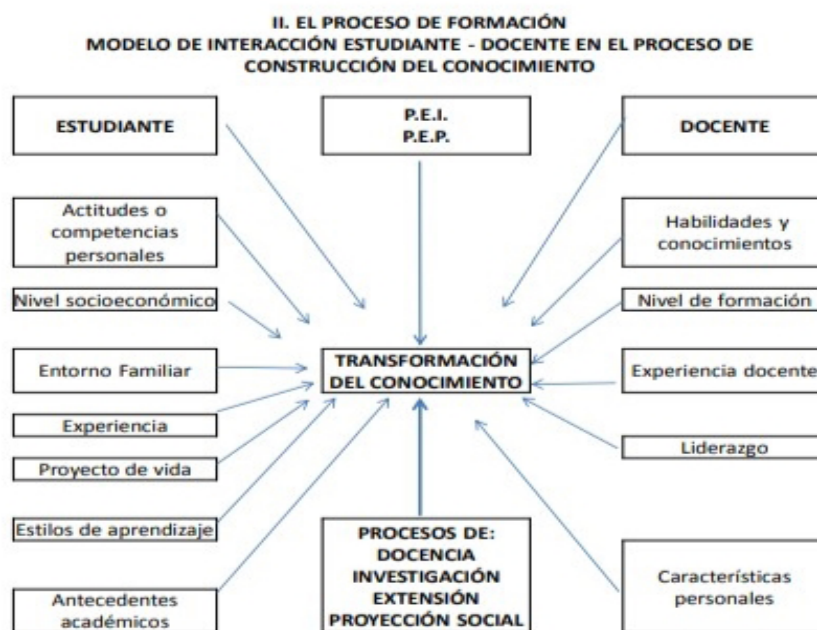
Figura 1: Esquema proyecto integrador comunitario
Fuente: Proyecto Educativo Institucional. PEI. Unidad Central del Valle del Cauca (PEI, 2020).

Conectándolo también con el Proyecto Educativo del Programa Enfermería (P.E.P.E), que expresa la importancia de apostarle a los procesos de transformación curriculares que se requieren para ofrecer a la región. Lo anterior requiere de una nueva cultura académica de profesores, directivos, estudiantes y personal de apoyo renovados, lo cual señala la posibilidad de transitar en escenarios de resignificación del currículo (PEI, 2020; PEPE, 2021). Por lo que es de gran importancia seguir aportando aciertos con cada una de las teorías aplicadas o manifestar las limitaciones que se encuentran, que ayuden a fortalecer la práctica de la enfermería familiar (Figura 2).

Ilustración 2 Proyecto Integrador Segundo Semestre

AREA BÁSICA
Demografía
Epidemiología

AREA HUMANÍSTICA
Educación para la
Salud I

AREA DISCIPLINAR
Salud, Familia y
Comunidad I

(Ctrl)

Asignatura Integradora = Salud, Familia y Comunidad II

TRABAJO FINAL
(Proceso de Atención
de Enfermería. PAE)
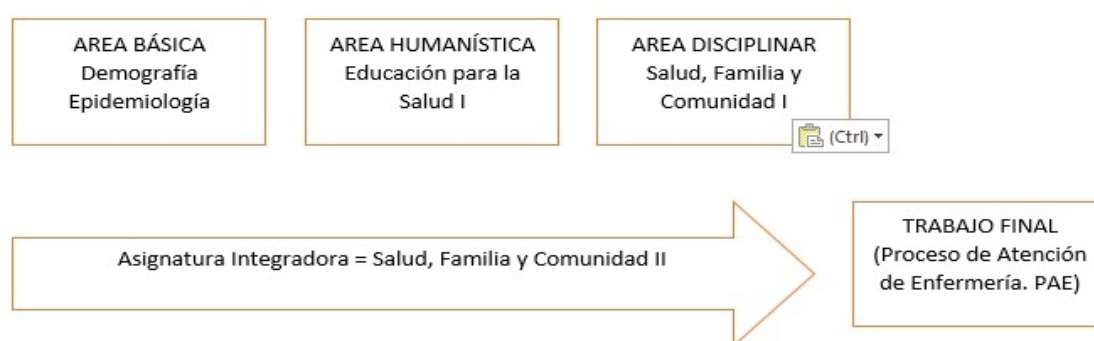
Figura 2. Esquema Proyecto Integrador familia
Fuente: Proyecto Educativo del Programa Enfermería (PEPE, 2021).

3 Consideraciones finales

El proyecto integrador es aplicado por los estudiantes a través de la guía de los docentes por medio de una pregunta integradora que permite la aplicación práctica de lo aprendido en las diferentes asignaturas, generando un aprendizaje significativo a través del modelo interestructurante.

El estudiante transforma su conocimiento en relación con el entorno a través de la experiencia con los sujetos de cuidado y permite a su vez un desarrollo en su condición como persona, generando así un fortalecimiento de la mediación pedagógica.

La comunidad y la familia a través de las metodologías educativas y procesos lúdicos se adhieren más a las actividades que mejoran sus procesos y hacen transformaciones en su comunidad y familia, encontrando una relación muy especial de afecto y empatía entre el estudiante y las personas a las que se les asiste.

Referencias

Batres Sicilia, J., Álvarez Tello, M. y Gallardo Santos, P. (2009). De la precisión de cuidados a los cuidados imprescindibles. Las enfermeras gestoras de casos en Andalucía: la enfermera comunitaria de enlace. *Rev Adm Sanit,* 7(2), 313-322. Obtenido de: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-pdf-13139767

Brito Brito, P. (2007). El Proceso Enfermero en Atención Primaria: Valoración (I). *Revista de Enfermería,* 1(2), 17-26. Obtenido de: http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/50/44

Brito Placencia, D., Ávila Morales, N., Arraño Peña, C., Bruyer Fuentes, F., Maniglia Carrasco, P., Roldán Pardo, P., Romero Tobar, C., Jara Ortíz, J. y Jofré Benítez, R. (2018). Experiencia de diagnóstico comunitario bajo el modelo de enfermería de Elizabeth Anderson. *Revista Cubana de Enfermería*, 34(3). Obtenido de: http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1339

Congreso de la República de Colombia. (diciembre 23, 1993). *Ley 100 de 1993, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*. D.O.41.148. Obtenido de: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5248

Congreso de la República de Colombia. (enero 19, 2011). *Ley 1438*. Por medio de la cual se reforma el sistema de seguridad social en salud bajo la estrategia de Atención primaria en Salud. Obtenido de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%20 1438%20DE%202011.pdf

Dandicourt Thomas, C. (2018). El cuidado de enfermería con enfoque en la comunidad. *Revista Cubana de Medicina General Integral,* 34(1), 55-62. Obtenido de: http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/354

De Zubiría Samper, J. (2010). *Los modelos pedagógicos*: Hacia una pedagogía dialogante (Cuarta ed.). Instituto Alberto Merani (Eds.).

Forero Beltrán, E, Lozano de Ramírez, D, Montalvo Varón, R, Veloza Morales, M, Rodríguez González, J, Venegas Ariza, B y Rodríguez Giraldo, D. (2020). *Reflexiones teóricas y prácticas del cuidado de enfermería a la familia*. Fundación Universitaria del Área Andina (Eds.).

Friedemann, M. (1995). *The famework of sytemic Organization*. A conceptual approach to families and nursing. Thousand Oaks, California: SAGE Publications Inc.

García Fraile, J., Tobón Tobón, S., y López Rodríguez, N. (marzo de 2010). Currículo, didáctica y evaluación por competencias: Análisis desde el enfoque socioformativo. *Cuadernos Unimetanos, 21*, 47-48. Obtenido de: https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3999506.pdf.

García Guzmán, L. (2016). Modelo de enfermería comunitaria. Una propuesta para el abordaje integral de la salud en Nicaragua. *RIdEC, 9*(1), 54-67. Obtenido de: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6332889

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la Investigación* (Sexta ed.). McGraw Hill / Interamericana Editores S.A. de C.V.

Herrera, L. y Jaimovich, S. (2020). Modelo Comunidad Participante y su aplicación al trabajo con familias. *Horizonte De Enfermería,* 15(1), 89–99. Obtenido de: http://www.redae.uc.cl/index.php/RHE/article/view/12454

López Lara, R. (2018). El análisis de situación de salud poblacional en América Latina y el Caribe, entre 2000 y 2017. Reflexiones y desafíos. *Rev Fac Nac Salud Pública,* 36(3), 18-30. Obtenido de: https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v36n3a03

López Rodríguez, N. y García Fraile, J. (2012). El Proyecto Integrador. *En*: *Estrategia didáctica para la formación de competencias desde la perspectiva del enfoque socioformativo.* GAFRA Editores.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Guía conceptual y metodológica para la construcción*

*del ASIS de las Entidades Territoriales Colombi*a (Segunda ed.). Minsalud (Eds.).

Mira, S.M.A., Pineda, Y.C. y Villa, R.O.R. (2019). Situación de la enfermería en el desarrollo de la atención primaria en salud en Antioquia (Colombia): aproximación desde la perspectiva de los profesionales. *Gerencia y Políticas de Salud*, 18(36), 1-52. Obtenido de: https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgsp18-36.seda

Monroy, G. (2020). Modelo de Elizabeth Anderson. Comunidad Participante. Universidad Politecnica de Valencia (Eds.).

Not, L. (1983). Las pedagogias del conocimiento. Fondo de Cultura Económica.

PEI. (2020). *Proyecto Educativo Institucional. Unidad Central del Valle del Cauca-UCEVA*. Obtenido de: https://www.uceva.edu.co/wp-content/uploads/2020/11/pei-uceva-2020.pdf

Serrano Gallardo, P., Martínez Marco, M., Arroyo Gordo, M., & Lanza Escobedo, D. (2010). Portfolio analysis as evaluation tool of Community Nursing Clinical Practice Learning in undergraduates. *Educ Med,* 13(3), 177-185.

Tejedor Muñoz, L. y Alfonso, S.G. (2018). Enfermería familiar y comunitaria. Ediciones Diaz de Santos SA.

UCEVA. (2021). *PEPE. Proyecto Educativo del Programa de Enfermería. Facultad Ciencias de la Salud*. Obtenido de: https://www.uceva.edu.co/wp-content/uploads/2020/12/PEPEnfermeria.pdf

CAPÍTULO 8

EXPERIENCIA DE INTERVENCIÓN SOCIAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA PRIMERA INFANCIA EN NIÑOS Y NIÑAS DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE LA COMUNIDAD CIUDADELA 2000

Keydis Sulay Ruidiaz Gómez [1]
Laura Vanessa Osorio Contreras[2]

1 Introducción

El Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, a través de la estrategia de Atención Integral a Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) tiene como objetivo la disminución de la morbimortalidad en los menores de 5 años mediante la ejecución de acciones que permitan a una atención idónea para los niños y las niñas, en el hogar, la escuela, la comunidad, y el ámbito hospitalario en caso de enfermedad. Así como vincular a diferentes actores sociales en las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2010; Jiménez, Parra, Moreno, Villa, y Herrera, 2017).

La estrategia AIEPI en su soporte conceptual está constituida por tres componentes: el primero, organizacional, el cual busca promover el fortalecimiento de las organizaciones e instituciones de salud, en aras de alcanzar y garantizar el acceso oportuno a los servicios; el segundo, clínico cuyo objetivo busca mejorar las competencias y habilidades en la atención del personal de salud; y por último, el comunitario que orienta las pautas para el mejoramiento de las prácticas familiares y comunitarias del cuidado y protección en la primera infancia (Lamus, Durán, Docal, Soto, y Restrepo, 2007).

En ese sentido, tomando como referente el componente comunitario, las intervenciones en salud permiten involucrar a los actores sociales en la toma de decisiones para alcanzar un estado óptimo de bienestar y autocuidado, es entonces, donde la planificación de estrategias y actividades en salud generan un impacto positivo en la formulación de políticas nacionales e internacionales y proveen el desarrollo de evidencia científica sobre los beneficios de la comunidad en pro de la primera infancia (Cassetti, Paredes-Carbonell, Ruiz, García, y Bautista, 2018).

Actualmente, las intervenciones en salud comunitaria requieren esfuerzos de los diferentes profesionales de la salud, que, en conjunto, articulan sus saberes y experiencias para

---

1 Docente Universidad del Sinú EBZ Cartagena, Colombia. Correo electrónico: coordinvestenfermeria@unisinucartagena.edu.co.
Enfermera, Magíster en Enfermería con énfasis en cuidado a la persona y los colectivos, PhD (c) en Enfermería Universidad de Antioquia. Experiencia asistencial en el cuidado para la salud materno-perinatal, y en el área de docencia universitaria, e investigación. Integrante del grupo de investigaciones Cuidado de la vida y la salud, Investigador Asociado (I).

2 Docente Universidad del Sinú EBZ Cartagena, Colombia. Correo electrónico: laura.osorio@unisinu.edu.co
Enfermera, Magíster en Enfermería con énfasis en cuidado para la Salud Materno Perinatal. Experiencia asistencial en las áreas de hospitalización adultos y pediatría, gineco obstetricia y sala de partos. Asimismo, en docencia universitaria, investigación y proyección social.

alcanzar los procesos de participación formal y normativa de las condiciones y estructuras de intervención, que facilitan una participación más ecuánime basada en los intereses de la comunidad (Cabeza, March, Cabezas, y Segura, 2016). Sin embargo, la interacción del personal sanitario con la comunidad en general, las familias, los docentes, los espacios de reunión, los servicios de salud e incluso los medios de comunicación conforman un entramado social que no dista de su relación con las instituciones educativas.

Pese a que se han efectuado cambios importantes en la organización y el direccionamiento de las instituciones educativas, se evidencia que los niños y niñas, las familias y la comunidad no fueron partícipes de estas reestructuraciones, que incluyen la propuesta y puesta en marcha de los programas sociales y de educación para la salud, lo cual es requisito para una articulación y efectividad de estos dentro de las comunidades (Flores, y Castilla, 2019). De otra manera, divulgar una educación en salud, promover intervenciones en las poblaciones vulnerables y mejorar las condiciones de calidad de vida y equilibrio ambiental garantizan el acceso a la equidad en salud y propician la participación ciudadana activa entre los diferentes actores de una comunidad (Ramos et al., 2018).

De modo que, la teoría del Aprendizaje Social propuesta por Albert Bandura señala como base conceptual que el desarrollo y el funcionamiento humano resultan de una relación triádica recíproca entre estímulos internos, estímulos externos y comportamientos sociales (Melo-Dias & Silva, 2019). El aprendizaje se entiende en un vasto potencial que puede ser configurado por la experiencia adictiva (aprendida directamente de otros) de diferentes maneras dentro de sus límites intrínsecos y biológicos. Su diversidad social producirá diferencias individuales sustanciales en las habilidades, intereses y valores que se desarrollan. En otras palabras, las habilidades comunicativas y el proceso de intervención de enseñanza-aprendizaje dinamizan las estrategias de desarrollo entre los niños y niñas, docentes/ cuidadores y personal sanitario, es decir, el uso de técnicas de comportamiento, estrategias de aprendizaje y la enseñanza sistemática de conductas consideradas vitales, son el éxito de las interacciones sociales.

En el aprendizaje social, el procesamiento y la codificación de la información resultan de la explicación de las capacidades de abstracción y uso de símbolos, capacidad de aprendizaje adictivo, capacidad predictiva, capacidad de autorreflexión, capacidad de autorregulación y capacidad de apreciar la autoeficacia (Bandura, 1989; Bandura, 1996).

Finalmente, el abordaje de las dimensiones prioritarias y transversales hacen un llamado a reconocer a las niñas, niños y cuidadores como sujetos de derechos cuya gestión trasciende los esfuerzos sectoriales y examina que en la medida que se compartan objetivos intersectoriales comunes, es posible que los niños alcancen su desarrollo integral; es por este motivo que el sector educativo y el de las ciencias de la salud consideran imperativa la formación de profesionales en salud para lograr una visión de la política pública de la primera infancia, y que en conjunto con la movilización de los mismos en materia de capacitaciones contribuyan al mejoramiento de la atención en salud y atención de calidad en las comunidades, en aras de reducir enfermedades y muertes evitables.

Como ente social, la Escuela de Enfermería de la Universidad del Sinú Seccional Cartagena, Colombia, con el apoyo de los estudiantes y docentes realizó inicialmente un diagnóstico situacional enmarcado en la identificación de las necesidades y/o problemas de los niños escolares de una institución educativa de la comunidad de Ciudadela 2000[3], logrando abordar e intervenir a la comunidad en aspectos de déficit de atención en el desarrollo integral. Implementar un programa de intervención social "saludable y consciente", en la población de padres/cuidadores y docentes de niños y niñas asistentes a los hogares del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Familia, Mujer e Infancia (FAMI), para fomentar el desarrollo integral de la primera infancia articulada con las 18 prácticas claves de AIEPI Comunitario.

2 Desarrollo

El programa de intervención social "Saludable y Consciente" es producto del proyecto macro-institucional, denominado, Programa de Atención Integral a los Niños, Niñas y Adolescentes, enfocado a la prevención de la enfermedad y promoción de la salud, crecimiento y desarrollo, salud sexual y reproductiva, estilos de vida y entornos saludable, diseñado por el área de proyección social y extensión de la Universidad del Sinú Seccional Cartagena.

El programa "Saludable y Consciente" fundamentó sus principios en la Teoría del Aprendizaje Social, en el cual se tomó como elementos centrales la adquisición del aprendizaje mediante las interacciones sociales, así como los cambios de conductas, la dirección de estrategias, creencias y actitudes, modificadas con el ejercicio de aprendizaje de modelos e instrucciones directas entre los participantes (Bandura, 1996).

Inicialmente, en el año 2016 se realizó un diagnóstico situacional del sector Ciudadela 2000, para esto, se aplicó una ficha de caracterización con el fin de detectar las condiciones socioemocionales de las familias de la comunidad e indagar el estado de la morbilidad sentida, saneamiento ambiental y estado actual de los procesos de organización comunitaria. Los resultados de estas aproximaciones permitieron establecer una línea base de las comunidades, que facilitó la medición posterior del impacto social en el año 2019.

Ahora bien, en el periodo académico 2016 se inició el abordaje con los niños del grado transición A, B, C, D, y E, en los cuales se aplicaron las escalas de crecimiento y desarrollo; para el año 2017, se realizan diversas intervenciones con los niños y niñas sobre crecimiento y desarrollo, escuela saludable, lonchera saludable, y fomento de la autoestima. Para el año 2018, se vincula la estrategia de talleres lúdicos y didáctico con la población infantil y se vinculan a los actores sociales, padres/cuidadores, y hogares FAMI y hogares de Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), por último, en el 2019 se inician las actividades para la medición del impacto generado en la curva de tiempo (Figuras 1 y 2[4]).

---

3 La escuela de enfermería de la Universidad del Sinú EBZ agradece a la Institución Educativa Ciudadela 2000 el apoyo en la ejecución del programa "Saludable y Consciente". La orientación metodológica y de atención en salud ofrecida por la docente Jacinta Peniche Parra y demás docentes que hicieron posible este proyecto.

4 Las personas que aparecen en esta imagen han autorizado su divulgación y reproducción mediante el uso de consentimiento informado.

Figura 1. Sesión educativa dirigida a hogares tradicionales del ICBF
Fuente: Archivos fotográficos informe saludable y consciente (2019).

Estrategia de talleres lúdicos y didáctico con la población infantil y se vinculan a los actores sociales, padres/cuidadores (Imagen 2).

Figura 2. Taller realizado con la Escuela de Padres en la institución educativa Ciudadela 2000
Fuente: Archivos fotográficos informe saludable y consciente (2019).

Es importante resaltar que en la población se evidenciaron en primera instancia los problemas nutricionales en los niños y niñas menores de 5 años y 11 meses, los cuales son causantes de diversas alteraciones del crecimiento, y de morbimortalidad generada por las patologías asociadas a problemas nutricionales, también, débiles procesos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad comunitaria, como herramienta de detección temprana de alteraciones en el desarrollo de la primera infancia, ya que, identificadas a tiempo y adecuadamente canalizadas en el sistema de salud, pueden ser minimizadas con efectividad.

Posteriormente, se estableció un plan de acción articulado con los ejes de apoyo: fortalecimiento institucional, participación social, movilización intersectorial, formación educativa y competencias sociales; así mismo, se formularon estrategias de gestión comunicativa en salud (talleres, charlas educativas, videos, folletos, capacitaciones entre otros), que conllevo a fortalecer la interacción entre los docentes, cuidadores/padres y dirigentes de los hogares comunitarios a la población de niños y niñas, para realizar las valoraciones clínicas e intervenciones de salud.

De igual manera, en aras de cumplir las metas establecidas en el plan de acción se organizaron reuniones con las directivas de la institución, se conformó la escuela de padres y/o cuidadores de los niños de transición y grado tercero, y se constituyeron clubes de educación (enseñanza y aprendizaje) con líderes comunitarios y asociaciones que trabajan en pro de la niñez. Por otra parte, en conjunto con las escuelas de medicina, nutrición, optometría, psicología, enfermería y odontología se organizaron jornadas de salud enfocadas a la valoración clínica integral del desarrollo infantil.

Simultáneamente, se elaboró una matriz con la información recolectada en el diagnóstico situacional, las valoraciones clínicas del equipo multidisciplinario, y los resultados del pre-test y los post-test aplicados en las diferentes jornadas de capacitación. Así, se segmentan en áreas de abordajes agrupadas con los problemas de la comunidad, estrategia, actividad, población destinataria, finalidad, apoyos brindados a las familias, herramientas o estrategias empleadas por los profesionales y resultados alcanzados, para validar y verificar el impacto del programa en los diferentes actores implicados.

2.1 Hallazgos de intervención social programa "Saludable y Consciente"

En las sesiones educativas de la escuela de padres se evidenció, que los padres y/o cuidadores reconocen la importancia y el impacto positivo de implementar las dieciocho prácticas de AIEPI comunitario en su familia y comunidad; sin embargo, manifiestan que en algunos casos como llevar al día los esquemas de vacunación de los niños y niñas, les es imposible por las diferentes situaciones económicas que les limita el acceso a los Centros de Salud. En cuanto al saneamiento básico del hogar y la comunidad, los padres destacan que el saneamiento de sus hogares es su responsabilidad, pero, el saneamiento comunitario requiere apoyo directo de los entes gubernamentales para el manejo de las aguas estancadas, eliminación de vectores y roedores, mejora del sistema de alcantarillado y recolección de basuras, especialmente en las calles que no son principales.

En la valoración clínica el 45% de los niños y niñas presentaban bajo peso, riesgo a desnutrición, al sobrepeso y obesidad; en lo referente al manejo del niño enfermo en casa, los padres no lo realizaban y preferían desplazarse inmediatamente a los centros de salud o clínica por temor a complicaciones. En este sentido, las docentes dirigentes del programa, educaron a los padres acerca de la estrategia AIEPI, para que desde sus hogares puedan tratar casos de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) mediante la hidratación de sales de rehidratación oral a

los niños y niñas, así como combinarlo con una dieta que incluya alimentos fuente de almidón como arroz y papa, de preferencia con sal, galletas saladas o pasabocas.

En el tema de la importancia de crecimiento y desarrollo y la detección temprana de las alteraciones de este, los padres y/o cuidadores asistentes expresan que llevan a sus niños y niñas puntual a sus citas, y que, gracias a los conocimientos adquiridos en las sesiones educativas, ya están en la capacidad de determinar que es normal y anormal en el crecimiento y desarrollo de estos de acuerdo a la edad.

En contraste con lo anterior, los resultados de participación beneficiaron a 202 padres, madres, cuidadores, grupos de hogares FAMI y hogares tradiciones del ICBF sensibilizados en temas como: camino de vida: crecimiento y desarrollo físico y mental en niños menores de 5 años; afecto, cariño y estimulación temprana; lactancia materna, alimentación complementaria y alimentación de niño enfermo en casa, en articulación con docente de la Escuela de Nutrición; y importancia de las vacunas y prevención de enfermedades (malaria, dengue, Sida, tuberculosis).

Igualmente, se construyó un mural titulado el "niño de 6 a 11 años orientado en el hogar por padres y cuidadores para la llegada a la IE Ciudadela 2000", diseñado por los mismos padres/cuidadores de la escuela de padres, que se ubicó en la ludoteca de la institución educativa. Esta iniciativa se convierte en una herramienta pedagógica para la comunidad estudiantil, puesto que refleja la importancia de la articulación de las 18 prácticas claves del AIEPI Comunitario, la escuela saludable y la autoestima de los niños y niñas (Figura 3).

Figura 3. Mural "El niño de 6 a 11 años orientado en el hogar por padres y cuidadores para la llegada a la IE Ciudadela 2000
Fuente: Archivos fotográficos informe saludable y consciente (2019).

El desarrollo de intervenciones sociales enfocadas en el fortalecimiento y la implementación de las 18 prácticas claves de AIEPI comunitario son de gran importancia para las familias y comunidades, especialmente para aquellas en estado de vulnerabilidad social en Colombia, como lo es, la comunidad de Ciudadela 2000 en la ciudad de Cartagena.

La articulación intersectorial como ya se mencionó, es indispensable para el goce de derechos fundamentales como la salud, la educación, la alimentación y el saneamiento básico. Por lo que, estrategias como la realizada en la comunidad e institución educativa Ciudadela 2000 con los niños y niñas de los grados transición, en conjunto con la conformación de la escuela de padres y el empoderamiento de líderes de la comunidad, son actividades que marcan la pauta para mejorar la calidad de vida de los niños, niñas y la comunidad en general.

En Colombia, desde 1997 el Ministerio de Salud y Proyección Social adoptó la implementación de la "Estrategia Escuela Saludable, la alegría de vivir en paz" impulsada por la OMS/OPS, la cual se ha consolidado a lo largo de los años y está dirigida a la "promoción, prevención y protección de la salud con enfoque diferencial en el ámbito escolar" (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). Su implementación ha sido efectiva en diferentes instituciones educativas de ciudades y municipios del país, dando como resultado la interrelación de los entornos educativos, hogar, laboral y comunitario. A su vez, contribuyendo al fomento y mejoramiento de la salud de los escolares, padres de familia, docentes y comunidad, a través del apoyo nutricional, cobertura en salud, mejora de las condiciones de aseo y mantenimiento de las instituciones educativas, conformación y participación en escuelas de padres, y en general consolidación de comunidades educativas que promuevan entornos saludables y seguros.

A nivel internacional y nacional, se han realizado intervenciones sociales direccionadas a poblaciones similares a la descrita en el presente. En Zacatecas, México se llevó a cabo una intervención educativa participativa en una escuela primaria, en la cual se intervinieron a escolares y manipuladores de alimentos de los diferentes expendios de la escuela, para ellos se realizaron talleres donde enseñaban a los estudiantes el plato del bien comer, lonchera saludable y consumo de agua natural. Para ello utilizaron material didáctico como láminas, réplicas de alimentos, rompecabezas, entre otros. El estudio concluyó que en los alumnos se aumentó el conocimiento sobre una alimentación saludable y sus hábitos mostraron mejoría; sin embargo, en el personal de expendios de comida, los cambios no se reflejaron en ellos, sino, en las autoridades escolares a través de la puesta en marcha de estrategias que buscaron introducir progresivamente alimentos saludables en las cafeterías de la escuela (Almeida et al., 2022).

En esta misma línea, Otero et al., (2020) llevaron a cabo en Buenos Aires, Argentina, una intervención educativa dirigida a alumnos del séptimo grado de una escuela pública con el objetivo de formarlos para que fuesen replicadores y ejemplo de hábitos y estilos de vida saludables; el estudio concluyó que educar a los niños, niñas y adolescentes en estas temáticas tiene un efecto amplificador hacia toda la comunidad.

Por otra parte, en la ciudad de Montería – Colombia, un estudio realizado en comunidades de la zona sur de la ciudad, de características similares a Ciudadela 2000, evidenció que tres de las 18 Prácticas Claves (PC) se cumplen en más del 80% de los padres/cuidadores de niños y niñas menores de 5 años; estas prácticas son: PC 5 "Vacunación completa para la edad" (87,6%); PC 11 "Continúan con la alimentación y ofrecen más líquidos en caso de enfermedad" (80,7%); PC 12 "Cuidados y tratamiento apropiado cuando los niños están enfermos" (99,3%). Asimismo, mostró

que el 66,9% de las madres/cuidadoras de los niños y niñas, "No reconoce los signos de peligro en la enfermedad", en consecuencia, desconoce cuándo acudir oportunamente a los servicios de salud; por tanto, afirman las autoras que este aspecto deberá ser fortalecido en las sesiones educativas que se realizan articulado con la estrategia AEPI comunitario (Padilla et al., 2018).

En este sentido, la educación a la comunidad en cuanto a la implementación de las 18 prácticas claves de AEPI comunitario, desde cada uno de los hogares es determinante, puesto que reduce la posibilidad de enfermedades en la infancia, así como el agravamiento de las mismas. De igual manera, evaluar el estado de salud de los niños y niñas, en cuanto al control de crecimiento y desarrollo para la edad, estado nutricional y estado de inmunización, son actividades que se direccionan a la promoción y mantenimiento de la salud de los escolares, pues permite identificar de forma temprana alteraciones y/o estados de inmunización incompleta, lo que podría acarrear el padecimiento de enfermedades inmunoprevenibles. De igual manera, educar al familiar y/o cuidador sobre cómo cuidar al niño en el hogar en caso de enfermedad y cómo identificar los signos y síntomas de alarma con los que debe acudir a una institución de salud, permite reducir la morbilidad y mortalidad infantil.

De acuerdo con lo anterior, es significativo realizar acercamientos efectivos no solo con la comunidad escolar a través de las intervenciones, sino también con los padres, cuidadores y líderes comunitarios, pues finalmente ellos se convertirán en replicadores de los conocimientos impartidos y veedores de la implementación de los mismos; por ello el programa de intervención ejecutado en Ciudadela 2000, enfatizó en este punto.

En este orden de ideas, es importante resaltar que existen intervenciones que se han realizado bajo una estrategia similar, causando impacto positivo sobre la población objeto. Un ejemplo de ello fue la medición de la eficacia de un programa de alimentación saludable en escolares chilenos por Costa (2021), el cual estuvo dirigido a escolares de entre 6 y 8 años de edad. Esta intervención incluyó talleres educativos para escolares y padres, carteles publicitarios en el aula de clase, promoción del consumo de alimentos saludables en la tienda escolar para los estudiantes, premiación por consumo de alimentos saludables durante las horas de receso, talleres para las empresas que dirigían las tiendas escolares, copla infantil alusiva al consumo de alimentos balanceados y nutritivos y folletos informativos del tema en mención. Los resultados de la intervención mostraron que la disponibilidad de alimentos saludables en las tiendas escolares tuvo un aumento significativo después de la realización del programa y se incrementó en consecuencia, el consumo de frutas y verduras durante los recesos.

Se encuentra también, la intervención educativa-motivacional realizada por Aparco et al. (2017) en cuatro instituciones educativas en la ciudad de Lima-Perú, esta tenía como objetivo brindar conocimientos y habilidades, a escolares de primero a cuarto grado de primaria, para elegir adecuadamente alimentos saludables y realizar actividad física moderada. En dicha intervención, en la cual se realizaron sesiones educativas a los escolares fomentando su participación y apoyo en el desarrollo de estas, capacitaciones al equipo docente sobre la temática y escuela de padres, con el fin de empoderar a los padres sobre la importancia de la intervención. La intervención

mostró impacto mejorando los conocimientos en nutrición balanceada y saludable, reduciendo el riesgo de tener un nivel bajo de actividad física y mejorando las pautas en el consumo de todos los grupos alimenticios, a excepción de las verduras. Lo anterior guarda una similitud importante con la estrategia empleada en la institución educativa Ciudadela 2000, al igual que lo expresado por Caicedo et al. (2022) en sus estrategias de promoción en salud para niños escolares.

En la ciudad de Chillán, Chile, implementaron un programa de actividad física y alimentación saludable en escolares chilenos en 257 niños y niñas. Durante este se realizaron talleres con padres y/o tutores con material educativo alusivo, a los niños se les incorporaron 45 minutos diarios de actividad física todos los días de la semana durante su rutina diaria, se ejecutaron talleres saludables y les realizaron control de medidas antropométricas y valoración de estado nutricional. Con lo anterior, se evidenció que hubo disminución de peso en aquellos niños que tenían exceso de peso, asimismo, mejoró la calidad alimentaria de los niños y niñas (Díaz et al., 2015).

En este mismo orden, en una escuela pública de Córdoba, Argentina, realizaron una intervención educativa en salud escolar, cuyo objetivo fue promover estilos de vida saludables en niños en edad escolar, para ello, inicialmente realizaron un diagnóstico de situación, brindaron educación alimentaria-nutricional que incluía estudiantes, docentes y directivos del colegio y además kiosco saludable. Los autores refirieron que las metas propuestas fueron alcanzadas, se generaron redes y actividades educativas coordinadas e intersectoriales, destacando el valioso rol que la escuela representa en la enseñanza de la alimentación saludable (Scruzzi et al., 2014).

Es importante destacar el rol de los líderes comunitarios en el desarrollo de intervenciones sociales, un ejemplo de ello fue una intervención realizada para la promoción de la salud escolar llevada a cabo por Fernández et al. (2016), articulando su propuesta con la estrategia “Escuela saludable” que se generó a partir de la Carta de Ottawa. En la intervención se trabajó en conjunto con profesionales de la salud, miembros de la comunidad educativa y de la comunidad en general. En la misma, abarcaron temáticas y estrategias para promover la educación afectivo-sexual, la promoción de hábitos saludables y la construcción de un ocio activo promoviendo responsabilidad, autoestima y toma de decisiones. Una de las fases de la intervención correspondió a la formación y capacitación de líderes promotores de la salud, buscando promover la producción grupal y reflexión conjunta acerca de la problemática adolescente y promoción de la salud escolar.

La vinculación de líderes o representantes de la comunidad a proyectos o programas de intervención social es muy importante, debido a que son representantes del punto de vista y el contexto real de la comunidad a intervenir, además, actúan como puente de comunicación entre las partes para que, de esta manera, la participación ciudadana sea activa y efectiva durante el proceso. Por lo anterior, ante la construcción de espacios que beneficien a una población objeto específica o a una más amplia, siempre deben abrirse espacios para el acercamiento con estos líderes y así en conjunto se logre mejorar y transformar su entorno social.

Finalmente, las limitaciones destacadas en el proyecto de intervención social se enfocan en la participación continua de los padres en las actividades de promoción de la salud y/o

actividades de participación ciudadana, lo que imposibilita el abordaje completo de la población. Los hallazgos reportados en la experiencia de intervención social se convierten en un sustento teórico que fortalece la práctica clínica, comunitaria y los abordajes de investigación.

3 Consideraciones finales

La propuesta y puesta en marcha de proyectos de intervención social en contextos de vulnerabilidad como la comunidad de Ciudadela 2000 en la ciudad de Cartagena, Colombia, es una experiencia de grandes aprendizajes tanto para población objeto, como los escenarios académicos que la ejecutan. En este sentido, es importante resaltar los siguientes puntos concluyentes de esta experiencia:

El Mural "*El niño de 6 a 11 años orientado en el hogar por padres y cuidadores para la llegada a la IE Ciudadela 2000*", diseñado por los mismos padres/cuidadores de la 2da Escuela de Padres, se convirtió en una herramienta pedagógica para la comunidad estudiantil, puesto que refleja la importancia de la articulación de las 18 prácticas claves del AIEPI Comunitario, la Escuela Saludable y la autoestima de los niños y niñas.

En lo que respecta a los líderes comunitarios, la adquisición de los conocimientos sobre las 18 prácticas claves y escuela saludables les permitió ser veedores y replicadores de la aplicación de estas en la comunidad, así como fortalecer los conocimientos previos y mejorar las prácticas de cuidado.

Es importante continuar con la estrategia de intervención desde la sensibilización a niños y niñas, docentes, padres y/o cuidadores, líderes y representantes de la comunidad, en cuanto a la importancia de las 18 prácticas claves del AIEPI comunitario y su articulación con la llegada a la escuela de los niños y niñas, así mismo, la promoción y mantenimiento de la salud escolar, a través de la detección temprana de alteraciones nutricionales, y/o de crecimiento y desarrollo; y el empoderamiento de los padres y/o cuidadores en el cuidado de sus hijos e hijas a través de la escuela de padres, en aras de ofrecer herramientas que desarrollen el pensamiento crítico y capacidad de análisis y reflexión sobre el contexto actual en los padres y/o cuidadores, líderes y representantes de la comunidad.

Referencias

Almeida Perales C., Solano Hernández B. I., de Chávez Ramírez D. R., & Franco Trejo C. S. (2022). Educación para un entorno alimentario escolar saludable. El caso de una primaria en Zacatecas, México. *Hacia la Promoción de la Salud*, *27*(1), 176-187. Obtenido de: https://doi.org/10.17151/hpsal.2022.27.1.13

Aparco, J., Bautista-Olórtegui, W., & Pillaca, J. (2017). Evaluación del impacto de la intervención educativa-motivacional "Como Jugando" para prevenir la obesidad en escolares del Cercado de Lima: resultados al primer año. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública,34* (3),386-395. Obtenido de: https://doi.org/10.17843/rpmesp.2017.343.2472

Bandura, A. (1989). Teoría cognitiva social. En: Vasta, R. (Ed.). *Anales del desarrollo infantil. Seis teorías del desarrollo infantil* (Vol. 6, pp. 1-60). Greenwich, CT: JAI Press.

Bandura, A. (1996). Teoría cognitiva social del desarrollo humano. En: Husen, T., & Postlethwaite, T. N. *Enciclopedia Internacional de Educación*. Oxford: Pergamon Press.

Cabeza, E., March, S., Cabezas, C., & Segura, A. (2016). Promoción de la salud en atención primaria: si Hipócrates levantara la cabeza…. *Gaceta Sanitaria,30*,81-86. Obtenido de: https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.05.012

Caicedo, M. C. B., Guarango, P. A. R., Yaulema, L., & Osejo, E. J. S. (2022). Estrategias de promoción de la salud para una alimentación saludable en niños escolares: una revisión sistemática. Polo del Conocimiento: Revista científico-profesional, 7(2), 2. Obtenido de: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8354874

Cassetti, V., Paredes-Carbonell, J. J., Ruiz, V. L., García, A. M., & Bautista, P. S. (2018). Evidencia sobre la participación comunitaria en salud en el contexto español: reflexiones y propuestas. Informe SESPAS 2018. *Gaceta Sanitaria,32,*41-47. Obtenido de: https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.07.008

Costa, C. (2021). Efectividad de las intervenciones de promoción de la salud en las escuelas. Health Educ. Behav, 31(1), 65-76. Obtenido de: http://ifava.org/wp-content/uploads/2021/10/r_Global-Fruit-and-Veg-Newsletter-n65-vers.-Espanol-07-08-2021-V2.pdf

Díaz, X., Mena, C., Valdivia-Moral, P., Rodríguez, A., & Cachón, J. (2015). Eficacia de un programa de actividad física y alimentación saludable en escolares chilenos. *Hacia la promoción de la salud, 20* (1),83-95. Obtenido de: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309142716006

Fernández, M., Garzón, A., & Mañas, M. (2016). Proyecto de intervención para la promoción de la salud escolar. En: González, A., López, M., Zapata, R., Cala, V., & Dalouh, R. (Eds.). *Investigación educativa y salud transcultural en contextos multiculturales*. Almería, España: Editorial Universidad de Almería.

Flores, J. C. A., & Castilla, K. P. (2019). Intervenciones comunitarias: Una forma de educación no formal. *Revista Compromiso Social,1*(1),61-66. Obtenido de: https://doi.org/10.5377/recoso.v1i1.13412

Jiménez, D. Y. C., Parra, E. J., Moreno, A. M., Villa, A. M. G., & Herrera, F. E. L. (2017). Prácticas clave y conocimientos maternos de la Estrategia AIEPI en el ambiente comunitario. *Facultad Nacional de Salud Pública: El escenario para la salud pública desde la ciencia*, 35(3), 432-443. Obtenido de: https://www.redalyc.org/journal/120/12054385013/html/

Lamus, F., Durán, R.M., Docal, M.C., Soto, L.A., & Restrepo, S. (2007). Construcción de un modelo de gestión para la salud y el bienestar de la infancia en la implementación de la estrategia AIEPI en Colombia. *Revista Gerencia y Políticas de Salud,6* (12),126-143. Obtenido de: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54561206

Melo-Dias, C., & Silva, C. F. D. (2019). Teoria da aprendizagem social de Bandura na formação de habilidades de conversação. *Psicologia, Saúde & Doenças,20* (1),101-113.

Ministerio de Salud y Proyección Social. (2018). *Estrategia de entorno educativo saludable Dirección de Promoción y Prevención Subdirección de Salud Ambiental*. Obtenido de: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SA/estrategia-entorno-educativo-2019.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2010). *Guía para la atención y la consejería de la niñez en la familia.*

Padilla-Choperena, C., Amador-Ahumada, C., Puello-Alcocer, E. (2018). Efectividad de la implementación de la estrategia AIEPI comunitario en Montería, Colombia. *Enfermería Global,52*(1),552-264. Obtenido de: https://doi.org/10.6018/eglobal.17.4.304901

Otero, G., et al. (2020). Intervención educativa, intersectorial e interdisciplinaria para la promoción de alimentación saludable en el ámbito escolar. *Actualización en Nutrición, 21* (1), 10-15. Obtenido de: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/08/1282189/rsan_21_1_10.pdf

Quizán Plata, T., Anaya Barragán, C., Esparza Romero, J., Orozco García, M. E., Espinoza López, A., & Bolaños Villar, A. V. (2013). Efectividad del programa Promoción de alimentación saludable en estudiantes de escuelas públicas del estado de Sonora. *Estudios sociales (Hermosillo, Son.)*, 21(42),175-203. Obtenido de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-45572013000200008

Ramos, P., Pasarín, MI, Artazcoz, L., Diez, E., Juárez, O., & González, I. (2018). Escuelas saludables y participativas: evaluación de una estrategia de salud pública. *Gaceta sanitaria,27* (2),104-110. Obtenido de: https://doi.org/10.1016 / j.gaceta.2012.04.002

Scruzzi, G., Cebreiro, C., Pou, S., & Rodríguez, C. (2014). Salud escolar: una intervención educativa en nutrición desde un enfoque integral. *Cuadernos.info*, *35*:39-53. Obtenido de: https://dx.doi.org/10.7764/cdi.35.644

CAPÍTULO 9

PRÁCTICA ENFERMERA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD CON FAMILIAS LATINOAMERICANAS

Esmeralda Fuentes-Fernandez[1]
Debora Cante-Hernández[2]
María Verónica de los Ángeles Pacheco-Chan[3]
Reina Rosaura Canul Chi[4]
Raúl Humberto Enríquez Jiménez[5]

1 Introducción

Desde la perspectiva de transformación de las áreas de la salud, a la par con una rápida y abrupta evolución de los aspectos tecnológicos, políticos, económicos y sociales, la profesión de enfermería actualmente requiere llevar a cabo estrategias de cambio que impacten desde la disciplina y el estado de salud de la población. Se debe procurar fomentar elementos basados en el cuidado preventivo y de promoción sanitaria, que permitan resolver necesidades de atención que ponen en riesgo la salud poblacional como la modificación de conductas sociales individuales y colectivas. De tal manera, que, desde el enfoque comunitario, los grupos humanos asuman la responsabilidad de ser copartícipes con los profesionales de enfermería y el resto del equipo multidisciplinar en el proceso del cuidado de la salud de la familia y de la propia comunidad.

A partir de los nuevos paradigmas del cuidado centrado en la comunidad, es de gran relevancia destacar que la atención de enfermería debe dar respuesta a las problemáticas de las personas para comprender e integrar estilos de vida saludables, a fin de prevenir la

1 Doctora en Ciencias de la Educación, Maestra en Ciencias de la Enfermería y Profesor Investigador de la Licenciatura en Enfermería de la División de Ciencias de la Salud de la Universidad de Quintana Roo desde hace 10 años, Instructor en Simulación Clínica, Enfermera Tanatóloga y Enfermera Paliativista. Líneas de Investigación Individual: Simulación Clínica en Enfermería, Medicina Tradicional e Interculturalidad e Innovación Tecnológica en Enfermería, Línea de Investigación por Cuerpo Académico: Enfermería, Educación y Salud. Correo electrónico: esmefuentes@uqroo.edu.mx

2 Maestra en Ciencias de la Enfermería, Enfermera Especialista en Oncología, Enfermera Paliativista, y Profesor Investigador de la Licenciatura en Enfermería de la División de Ciencias de la salud. Línea de Investigación por Cuerpo Académico: Enfermería, Educación y Salud. Correo electrónico: deby15@uqroo.edu.mx

3 Maestra en Educación, Enfermera Paliativista, Profesor Investigador de la Licenciatura en Enfermería de la División de Ciencias de la salud. Línea de Investigación por Cuerpo Académico: Enfermería, Educación y Salud. Correo electrónico: veronicap@uqroo.edu.mx

4 Enfermera Especialista Quirúrgica. Profesor Investigador de la Licenciatura en Enfermería de la División de Ciencias de la salud. Línea de investigación individual: Simulación clínica en Enfermería, Medicina Tradicional e innovación Tecnológica en Enfermería. Correo electrónico: raulenriquez@uqroo.edu.mx

5 Enfermero Especialista en Administración. Profesor Investigador de la Licenciatura en Enfermería de la División de Ciencias de la salud. Líneas de investigación individual: Simulación clínica en Enfermería, Medicina Tradicional e innovación Tecnológica en Enfermería. Correo electrónico: reicanul@uqroo.edu.mx

aparición de enfermedades y/o limitar sus complicaciones (Dandicourt, 2018). Aunado a ello, como estrategia inherente para constituir resultados permanentes, los sistemas sanitarios han integrado programas de Atención Primaria de Salud (APS) para optimizar las acciones enfocadas a disminuir las necesidades y problemáticas de salud desde el contexto del núcleo familiar mediante abordajes de atención integral con modelos comunitarios enfocados a lograr una mayor participación ciudadana, que, visto desde este enfoque, puede perfilarse como un modelo innovador y renovador de los servicios de salud, particularmente, de los sistemas de salud latinoamericanos, ya que lo que se pretende es reestructurar los esquemas de prácticas convencionales imperantes (Franco, 2015).

Por tanto, la atención primaria de salud de hoy constituye un gran reto ya que lo esperado desde esta actividad son prácticas que permitan la integralidad del individuo, de la familia y de la comunidad como un todo biopsicosocial, su papel principal es su capacidad para dar respuesta a las necesidades de salud del siglo actual, que se acompaña de globalización, estilos de vida poco saludables, el envejecimiento demográfico y el incremento desmesurado de las enfermedades crónico degenerativas , por tanto, la APS debe distinguirse por el abordaje a realizar con la población, bajo este ambiente algunos estudios proponen que la atención en el nivel primario debe de ser proporcionada por equipos de salud competentes para lograr resultados exitosos (Dois, Bravo, Contreras, Soto, & Mora, 2018).

Desde la visión de competencias del equipo de salud y lo que corresponde a los profesionales de enfermería para la atención comunitaria, se pretende lograr recursos humanos con atributos fundamentales en el contexto de la atención primaria de salud que, desde el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) se establece como la Enfermería de Práctica Avanzada (EPA), la cual insta a que la enfermería incluya dentro de su acervo intelectual y de habilidades técnicas, entre otros, la atención de salud familiar y la atención primaria que le favorezca ejercitarse como un profesional de nivel avanzado. En este contexto, es importante que las instituciones educativas, también adopten estrategias de formación con el mismo objetivo, centradas en la población, modelos teóricos de enfermería, epidemiología, competencia cultural y otras, que permitan la instauración de acciones de salud fortalecidas (Zanetti, 2015). Dentro del embalaje de la práctica avanzada, la Asociación Americana de Enfermeras, también señala que la EPA prepara a los estudiantes con nuevos conocimientos y habilidades para el desempeño de roles autónomos dentro de la práctica, lo que posibilita la transformación del aprendizaje de tradicional a innovador (Comellas, 2016).

Por otra parte, y desde el marco de acción del proceso de atención de enfermería (PAE) en todos los contextos de promoción a la salud y prevención de la enfermedad, se reitera la expansión del campo enfermero hacia los grupos y comunidades, dándole sentido a su quehacer de atención primaria para definirla dentro de marcos teóricos diversificados, partiendo de Nightingale hasta autoras actuales, en las que se aportan elementos relacionados a los hábitos alimenticios, la higiene y otros, como el autocuidado así como la comprensión de los procesos de salud-enfermedad con una visión holística para valorar y evaluar los resultados de la

implementación de sus intervenciones en la salud de la comunidad (Lagoueyte, 2015). Algunos autores establecen que el PAE constituye un vínculo entre la fase académica y la práctica profesional, dándole un valor científico. Su reconocimiento es respaldado por los propios profesionales y estudiantes, ya que propicia un ambiente de calidad en la atención debido a los elementos que les otorga para resolver problemáticas y emitir juicios más determinantes al momento de tomar las decisiones de cuidado, y en donde el ambiente comunitario no es la excepción (Jara & Lizano, 2016).

Por lo antes señalado, y considerando la visión teórica de enfermería y el desarrollo del proceso enfermero, el autocuidado es un punto importante en donde converge una prioridad de la práctica de enfermería. Dorothea Elizabeth Orem señala que, a través de su teoría, la promoción y el mantenimiento de la salud pueden lograrse mediante acciones educativas y las capacidades del profesional enfermero, recordando a los individuos que el autocuidado es una función deliberada para mantener su estado de salud, desarrollo y bienestar a lo largo de su vida (Naranjo, Concepción, & Rodríguez, 2017). Sin embargo, desde la práctica disciplinar, Orem señala que el éxito del autocuidado se basa principalmente en que cada individuo, núcleo familiar o comunidad realicen su práctica de actividades de cuidado a favor de sí mismos, de forma dinámica y permanente, ya que de esa manera se propicia la independencia y la autonomía para el mantenimiento y la mejora continua de la salud y la vida (Domínguez & Herrero, 2018).

Por lo anterior, es imperativo destacar que los resultados esperados en el contexto de la atención comunitaria a través del desarrollo del PAA y de un enfoque teórico evocan el constante trabajo metodológico que deberá realizar la enfermería para encauzar su práctica desde la formación. En la actualidad, los profesionales de la disciplina necesitan conducir su práctica profesional para obtener los máximos resultados de sus intervenciones en cualquiera de los contextos en los que se desenvuelven, situación que inherentemente debe establecerse desde las instituciones educativas y sanitarias para proyectar a la enfermería hacia nuevos paradigmas de transformación (González & Monroy, 2016). Los elementos metodológicos implementados en el Proyecto Integral de Enfermería Comunitaria (PICE), fusionados con el Programa Universitario de Atención Primaria de Salud (PUAPS), convergen en la implementación de métodos no sólo propios de la enfermería, sino también de las disciplinas de la medicina, la farmacia y la psicología, lo que ha propiciado el trabajo colaborativo multidisciplinario; hecho que es relevante en el contexto educativo, ya que se pretende vincular a las diferentes profesiones al trabajo colaborativo. Además, proyectos como el PICE-PUAPS permiten a las universidades estar conectadas con la sociedad, trabajando en las necesidades reales del entorno para mejorarlo (Morin et al., 2017).

La visión integradora, desde el ámbito educativo resultante de la aplicación de un Proyecto Integral Comunitario de Enfermería (PICE), fusionado al Programa Universitario de Atención Primaria de la Salud (PUAPS), permitió mantener la metodología del proceso de atención de enfermería y el enfoque integral de la práctica, con apego a un modelo teórico de autocuidado.

Por todo lo anterior, el presente trabajo, tuvo el objetivo de analizar los Procesos Enfermeros (PE), realizados por estudiantes de enfermería en prácticas comunitarias con enfoque de Atención Primaria en Salud (APS).

2 Desarrollo

El programa de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad de Quintana Roo (UQRoo) desarrolla y fortalece la competencia de Atención Primaria de la Salud (APS) a través del Proyecto Integral de Enfermería Comunitaria (PICE), cuya competencia es brindar atención integral de enfermería a la comunidad y/o a las familias a través de la implementación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), que contribuye a la prevención, promoción y educación para la salud. Para potenciar el trabajo colaborativo con un enfoque multidisciplinar, se ha fusionado con el Programa Universitario de Atención Primaria (PUAPS), pero sin perder la metodología propia de enfermería, como el PAE y el enfoque integral. En términos generales, el PICE/PUAPS son dos programas con metodologías propias, pero a pesar de sus diferencias, se identificaron ejes académicos centrales que permitieron generar aprendizajes en los estudiantes de las carreras de enfermería, medicina y farmacia. Ambos programas se ajustan al modelo educativo basado en competencias, por lo que se consideran dos grandes estrategias de aprendizaje basado en proyectos (ABP) que contribuyen al desarrollo de las competencias de los egresados de cada disciplina. Entre los ejes destacan:

Atención comunitaria: todas las actividades se realizan en una colonia seleccionada y el abordaje se hace mediante recorridos y la planeación de visitas domiciliarias, en donde se selecciona a la familia que participará en el proyecto previo consentimiento informado. Para las actividades comunitarias se integran dos ferias de la salud, con temáticas relacionadas a los problemas detectados.

Multidisciplina: se organizaron equipos de cuatro a cinco integrantes, conformados por estudiantes de enfermería de semestres avanzados que tenían un dominio básico del PAE y que a su vez realizaban prácticas en hospitales, así como de estudiantes de medicina y/o farmacia, de segundo a cuarto semestre que aún no realizaban prácticas en hospitales.

Prevención y promoción de la salud: ambos programas tenían como prioridad modificar las condiciones de vida, conductas, hábitos y estilos de vida que deterioran la salud familiar.

Humanismo: se promueve una práctica con enfoque hacia la persona, con actitudes centradas en el interés por el bienestar del ser humano, desde la perspectiva, biológica, psicológica, social y espiritual, que permitiera comprender la vida y, por consiguiente, entender a la persona, de esta manera se aseguraba una práctica del cuidado humanista de calidad.

Las acciones encaminadas a este enfoque fueron valoraciones con instrumentos que permitieran evaluar a la persona y a la familia en todas sus dimensiones.

PAE: es la metodología principal de enfermería, misma que encontró en PUAPS, sus fases, técnicas y métodos equiparables, por lo que al fusionar ambos programas no presentó alteraciones significativas.

Investigación: debido a que el PUAPS es una estrategia de ABP que permite el alcance de competencias genéricas y disciplinares de las tres disciplinas, dentro de sus objetivos se consideró el desarrollo del método científico, para ello se promovió el cumplimiento de las fases del proceso investigativo, como fue el marco teórico, antecedentes, planteamiento del problema, objetivos, metodología, resultados, discusión y evaluación.

Para la operación del programa PICE/PUAPS se establecieron fases operativas equiparables al PAE, lo que permitió desarrollar las competencias de ambos programas y que a continuación se describen:

Valoración: con el objetivo de mantener el enfoque integral se estableció mantener tres métodos para valorar, por parte de los estudiantes de enfermería se implementó la valoración familiar por medio de los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, y en conjunto con estudiantes de medicina y/o farmacia la identificación de necesidades de salud de acuerdo con la taxonomía de Bradshaw basados en la revisión de la cartilla nacional de salud de México. Aunado a ello se permitió utilizar otros instrumentos de valoración familiar como son valoración por aparatos y sistemas, cédula de microdiagnóstico familiar, y familiograma, todo esto a través de la visita domiciliaria y la entrevista.

Priorización de necesidades: pese a que los estudiantes de enfermería priorizan mediante la pirámide de Maslow, en esta ocasión, por el contexto multidisciplinar se llegó al acuerdo de priorizar con base a la metodología establecida por PUAPS que fue la elaboración de un cuadro de estimación y comparación de problemas.

Diagnóstico enfermero: los estudiantes de enfermería fueron los responsables de emitir juicio clínico sobre las respuestas humanas de las familias a problemas de salud o de procesos vitales reales o potenciales, respetando los lineamientos establecidos por la NANDA.

Planeación: siendo que este eje es acorde con la metodología del PAE, se vio a bien omitir la clasificación de resultados de enfermería (NOC) para la determinación de objetivos y establecer objetivos generales y específicos redactando con un solo verbo, en infinitivo incluyendo persona, espacio, tiempo, lo que se desea cambiar o modificar y el medio como se pretendía lograr. Respecto a la selección de intervenciones también se omitió la clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) y se utilizó su similar de objetivos operativos que describieron las actividades concretas que se realizaran para alcanzar los objetivos establecidos. Lo anterior fue con la finalidad de potencializar el trabajo colaborativo multidisciplinar entre las 3 licenciaturas, y así evitar la duplicidad de trabajo por parte de los estudiantes de enfermería. Finalmente, cada equipo elaboró un cronograma de actividades que ayudará a cumplir en tiempo y forma con las actividades.

Ejecución: para implementar los objetivos operativos se elaboró, previo a cada visita domiciliaria, carta operativa, descriptiva o pragmática, que permitiera la sistematización y alcance de los objetivos. Así también un informe posterior a cada intervención que ayudará a distinguir los alcances logrados en cada sesión.

Evaluación: se elaboraron pre-test y pos-test que ayudó a verificar el cumplimiento

de los objetivos planteados. Se evaluó, principalmente, los conocimientos y comportamientos alcanzados por las familias intervenidas.

La metodología de la presente investigación fue de tipo descriptivo transversal que, mediante la selección por conveniencia de 14 trabajos electrónicos escritos, se obtuvieron datos de tipo cualitativos y cuantitativos. Se seleccionaron aquellos trabajos desarrollados por equipos de estudiantes que incluyeron al menos a un estudiante de enfermería que cursan entre el quinto y octavo semestre, y que además recibieron asesoría por parte de docentes de enfermería. Se excluyeron todos aquellos trabajos que no cumplían con los criterios de inclusión.

Desarrollo: La información se organizó en datos generales de alumnos y familia, y las fases operativas: valoración, priorización, diagnóstico enfermero, priorización, planeación (objetivos), ejecución (intervenciones desarrolladas) y evaluación (conocimiento y comportamiento). Además, se analizó la estructura final del trabajo conforme a las fases del método científico.

Datos generales de los alumnos: se identificaron seis trabajos de estudiantes de enfermería del sexto semestre, cinco del octavo semestre y tres del séptimo semestre.

Datos de población: Respecto al género 8 (57%) trabajos mencionan que sus principales usuarios fueron del sexo femenino, de las cuales 2 se menciona que son adulta mayor y 6 se determina solamente como adultas, pero sin mencionar rango de edad. El 42 % (6) son del sexo masculino de los cuales cuatro son adultos mayores, uno es niño, y un trabajo no aclara el sexo de su usuario. Respecto a la participación de tipo familiar, nueve de los trabajos mencionan que solo tuvieron participación de 1 integrante de la familia, y cinco usuarios si tuvieron el acompañamiento de su familia, por lo que se considera que el 36% de las intervenciones fueron de tipo familiar. Sin embargo, todos los trabajos describen resultados enfocados a un integrante de familia, que fue el principal usuario. Respecto al estado de salud, tres usuarios padecen de Diabetes Mellitus (DM), tres, DM e Hipertensión Arterial (HTA), uno HTA, uno obesidad, uno sobrepeso, 1 estrés, y cuatro se declaran sanos (Figura 1).

Figura 1. Adulta mayor
Fuente: Archivo fotográfico propio (2021).

Todas las necesidades fueron priorizadas con base al cuadro de estimación y comparación de conocimientos (Tabla 1).

Tabla 1
Cuadro de necesidades

DATOS	NECESIDAD SENTIDA	NECESIDAD EXPRESADA	NECESIDAD NORMATIVA	NECESIDAD COMPARATIVA
Integrante 1 Francisca Balam Estrella 57 años Madre de familia Escolaridad: secundaria Afiliación: Seguro popular	-Aumento de peso debido a la falta de actividades recreativas.	-Sobrepeso.	-Prevención de cáncer cervicouterino y mamario. -Mastografía anual. -Alimentación correcta. -Salud bucal. -Entorno favorable.	-Acumulación de basura en las calles, lotes baldíos y fauna (gallinas, palomas, perros) en casa.

Fuente: elaboración propia (2021).

Valoración*:* Todos los equipos implementaron la valoración familiar con base a la cartilla nacional de salud, seguida de la valoración individual por medio de la valoración de los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon y detección y clasificación de necesidades por medio de cuadro de necesidades de Bradshaw. Cabe destacar que los usuarios sometidos a valoración individual fueron los que participaron activamente en todos los momentos de intervención. Además, tres trabajos presentaron valoración física por el método de aparatos y sistemas, y un trabajo presentó familiograma (Figura 2).

Figura 2. Valoración de enfermería
Fuente: Archivo fotográfico propio (2021).

Planeación: Los objetivos generales propuestos en la planeación, ocho fueron enfocados al alcance o mejora de conocimiento, y 6 en cambiar comportamientos (Tabla 2).

Tabla 2
Estimación y comparación de problemas

Problema	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	
1		1	1	1	1	
2	1		2	2	2	
3	1	2		4	5	
4	2	2	4		5	
5	1	2	5	5		

PROBLEMA:

1. MALA ALIMENTACIÓN
2. SOBRE PESO
3. ESTRÉS
4. HIPERTENSIÓN ARTERIAL
5. DIABETES MELLITUS

Nuevo orden:

1. Mala alimentación
2. Sobrepeso
3. Diabetes mellitus
4. Hipertensión arterial
5. Estrés

Fuente: elaboración propia (2021).

Diagnósticos enfermeros: El 50% (7) los trabajos manejaron diagnóstico de salud, 21% (3) de riesgo, 36% (5) reales y 28 % (4) trabajos no describieron diagnósticos enfermeros.

Intervenciones: Del total de trabajos 8 (57%) evidenciaron como principal intervención la educación acerca del plato del buen comer y la jarra del buen beber, 7 (50%) sobre el ejercicio físico, 3 (21 %) acerca de prevención, detección y manejo de diabetes, 7% (1) higiene bucal y corporal, 7% (1) prevención de accidentes en niños, 7% (1) estrés, 7% (1) depresión, 7% (1) cáncer de próstata, y 7% (1) farmacoterapia (Figura 3).

Figura 3. Intervención plato del buen comer
Fuente: Archivo fotográfico propio (2021).

La estrategia educativa que prevaleció en los 14 equipos fue la exposición oral. Los materiales didácticos que más se diseñaron y utilizaron en el 50% (7) de los equipos fueron carteles ilustrativos en cartulinas. Las actividades lúdicas fueron implementadas en el 28% (4), 14% (2) usando videos educativos, 14% (2) ejecutaron taller de ejercicio físico y 7 % (1) juego de roles (Figura 4).

Figura 4. Intervención higiene bucal
Fuente: Archivo fotográfico propio (2021).

Se evaluaron los resultados en congruencia con los objetivos propuestos, y se identificó que, de los seis objetivos centrados en el cambio de comportamiento, sólo un equipo (16%) logró su objetivo. Esto fue similar en el caso de los objetivos de conocimiento, ya que sólo el 50% (4) de los equipos lograron su objetivo. Es probable que esto se deba a las dificultades mencionadas anteriormente, como el abandono de algunas familias, que hizo necesario buscar otros participantes, así como las vacaciones que hicieron inutilizables los lunes designados para el PICE/PUAPS (Figura 5).

Figura 5. Higiene de manos
Fuente: Archivo fotográfico propio (2021).

Método científico: El 93% (13) de los equipos presentó su trabajo final respetando la estructura del método científico, sin embargo, en el fundamento teórico solamente el 50% de los trabajos presentaron teoría de enfermería, de los cuales el 35% (5) de los trabajos mostró la teoría del autocuidado, 15% (2) presento a Marjory Gordon, y 50% (7) no utilizo ninguna teoría, filosofía o modelo conceptual de enfermería. Es importante mencionar que de los 5 (35%) trabajos que mencionan la teoría del autocuidado en su marco teórico, ningún trabajo evidenció los elementos distintivos de la teoría déficit de autocuidado; por ejemplo, las intervenciones no describen claramente el sistema de enfermería utilizado, además que en los resultados no se reportan en acorde al nivel de alcance del autocuidado.

Respecto al proceso enfermero como metodología del proyecto, solamente un trabajo de sexto semestre no mencionó el PAE como parte de su metodología de trabajo. Sin embargo, en la revisión se observa que se cumplió con los demás requisitos equiparables al PAE como la valoración, determinación de necesidades, priorización, planeación ejecución y evaluación, pero se omitió el diagnóstico enfermero.

Finalmente, es importante mencionar, que, aunque el principal enfoque evidenciado en los trabajos fue el familiar; también se trabajó desde el enfoque comunitario a través del desarrollo de dos ferias de la salud; mismas que se desarrollaron en espacios comunitarios públicos en el que se realizaron actividades educativas de prevención y promoción a la salud con estrategias didácticas variadas, entre ellas también las lúdicas.

La Atención Primaria a la Salud (APS) como política social tiene como objetivo, lograr la salud y del bienestar de las personas y de las comunidades, mediante una atención integrada y continúa orientada a las familias y a las comunidades con énfasis en la promoción de la salud, dicha situación puede conllevar niveles de complejidad para el otorgamiento de los servicios en diferentes sectores de la población, sin embargo, se sigue considerando un medio de entrada a los sistemas de salud, por ser el primer medio de contacto en el contexto familiar y comunitario (Franco, 2015).

En México, el Programa Nacional de Desarrollo y el Programa Sectorial de Salud, contempla el Modelo de Atención de Atención Primaria a la Salud Integrada e integral, como propuesta metodológica, que contempla el fortalecimiento del primer nivel de atención con un

enfoque en APS, la transformación de los servicios de salud, que permita alcanzar la cobertura universal, teniendo como base la participación de la comunidad y la intersectorialidad, considerando que la atención incluya la promoción, la prevención, la curación, la rehabilitación y la atención paliativa en todos los niveles de atención.

De esta manera, el enfoque integral de la APS es un determinante en el desarrollo de estrategias para orientar a las personas, familias, comunidades y otros ambientes que requieran de una atención a la salud de manera integradora, que potencialicen el autocuidado, el desarrollo comunitario y el empoderamiento social que permitan poblaciones saludables (Argüello, Castro, & Rodríguez, 2017).

Considerando lo anterior, la Universidad de Quintana Roo, como institución de educación superior forma a profesionales que brinden respuesta a las necesidades de la sociedad, en este sentido, los planes de estudios de las carreras de Enfermería, Farmacia y Medicina contemplan como eje transversal la Atención Primaria a la Salud. Por lo que la fusión de los dos programas de PICE y PUAPS, son las acciones que contribuyen a cumplir el eje transversal en APS, con el objetivo de formar a los alumnos, con la mirada enriquecedora hacia el mantenimiento de la salud vs la enfermedad, enfatizando en la promoción y en la prevención, sin descuidar que APS, se aplica en todos los niveles de atención y en todos los niveles de prevención.

La educación es vital para la formación de recursos humanos líderes, por lo que los nuevos paradigmas para el logro de estándares de salud universal perfilan a los profesionales de enfermería. En este sentido, es imperante que las universidades cuenten con diseños curriculares pertinentes y transformadores, que propicien el pensamiento crítico, el trabajo en equipo y de colaboración, con miras a alcanzar el máximo de su formación y capacitación en beneficio de la salud poblacional (Cassiani et al., 2017).

Desde las experiencias de otras universidades en APS, estos trabajos han propiciado que se les otorgue un gran valor educativo y social, permitiéndoles establecer funciones orientadas a la mejora de la salud alrededor de la comunidad universitaria y de la comunidad en general, así como establecer redes de colaboración y cooperación para el desarrollo de material educativo, proyectos de investigación y publicaciones de divulgación en lo que respecta a la promoción y educación para la salud (Fabelo, Iglesias, & Gómez, 2017).

Las universidades son consideradas promotoras de salud, ya que a través de sus miembros pueden establecer condicionantes de salud, liderando y apoyando procesos de cambios hacia la comunidad externa mediante sus políticas y prácticas, por lo que estas universidades promotoras de salud, son aquellas que incorporan dentro de sus planes de estudios el fomento hacia el cuidado de la salud comunitaria e influyen en los entornos laborales y sociales para la implementación de estilos de vida saludables (Garrido, Vargas, Garrido, & Amable, 2015).

En este sentido, la fusión del PICE y el PUAPS tiene una experiencia de dos semestres en los que se trabajó de manera colaborativa multidisciplinaria a través de la conformación de equipos de atención con estudiantes de las tres carreras, del segundo al cuarto semestre, y en cada uno de estos equipos se integra un estudiante avanzado de enfermería del quinto al

octavo semestre, lo que permite asegurar el desarrollo del PAE y la aplicación de los planes de cuidado bajo el enfoque teórico del autocuidado. En este sentido, es relevante señalar que, desde las experiencias de los estudiantes, algunos estudios proyectan la necesidad de reconocer el contexto y la realidad de salud de la población estudiada, para el cuidado familiar y comunitario, así como visualizar el rol de enfermería como educadores y líderes, para lograr la participación activa de los miembros de la comunidad, por otro lado, los estudiantes desde sus experiencias, también deben reconocer que el desarrollo de su práctica comunitaria es una función importante en enfermería, que no solo se limita a la elaboración de material educativo, además de contar con un docente orientador (Falcón et al., 2019).

La experiencia resultante de esta evaluación muestra que, a pesar del trabajo integrador propuesto, los estudiantes siguen centrándose en la atención individualizada de la familia, lo que puede deberse a las horas de la mañana dedicadas a esta actividad y al tiempo no disponible para todos los miembros de la familia. Los datos obtenidos indican que la población más atendida durante la implementación del programa fue la de mujeres adultas y en una minoría la de niños, se puede considerar en esta representación que esta población es la que estaba disponible en los hogares en medio de las actividades, por lo que estos fueron los grupos con los que se tuvo la oportunidad de trabajar. En cuanto a las intervenciones, teóricamente fueron planificadas para ser ofrecidas con énfasis en el nivel familiar y comunitario, sin dejar de lado el trabajo individualizado, los datos resultantes enfatizaron un porcentaje importante de trabajo individual y un porcentaje menor de intervención familiar. Sin embargo, en cuanto a la dinámica de la atención comunitaria, ésta se llevó a cabo mediante el desarrollo de dos ferias de salud programadas por semestre en el contexto comunitario. Esta situación, desde la perspectiva de la Organización Mundial de la Salud (OMS), indica que la APS debe acercarse lo más posible al lugar de residencia de la población y/o al trabajo de las personas, para fomentar cierto grado de responsabilidad y participación de la comunidad en la promoción y prevención de su propia salud (Reiner, Cruz, & Orozco, 2019). Sin embargo, en la práctica, esto no es posible a veces debido a una serie de factores.

Por otra parte, considerando los problemas de salud detectados, se pudo observar que, de acuerdo con el perfil epidemiológico imperante en el estado, se encontró dentro de la población atendida, situaciones de enfermedades no infecciosas, llamadas también crónico degenerativas, personas con factores de riesgo como es el caso del sobrepeso y estrés y en un porcentaje intermedio de personas sin alguna presencia de padecimientos médicamente diagnosticados. Para lo anterior, durante la fase de valoración fue interesante observar, que todos los equipos realizaron anamnesis por medio de los patrones de salud funcional y la revisión de cartillas de salud, en este caso para la detección de las llamadas necesidades normativas de Bradshaw. Pero, no todos los equipos lograron la valoración integral, ya que, una minoría de grupos aplicó la valoración física por aparatos y sistemas, y solamente un grupo utilizó el Genograma, herramienta que utiliza el programa PICE y no así el programa PUAPS. En este marco, es imperante recuperar la importancia de la valoración integral, tanto como parte de la APS y

del PAE, ya que dentro de las problemáticas que pueden afectar las estrategias comunitarias a través de la atención primaria, se destacan el mantenimiento de modelos centrados en las enfermedades, y/o el déficit de recursos cualificados en el enfoque de promoción a la salud, o aspectos metodológicos de las herramientas utilizadas. Hay que tomar en cuenta que la visión de prevención y de promoción implica tanto actividades y técnicas basadas en habilidades y destrezas fortalecidas para las tareas planificadas que propicien resultados exitosos, los cuales deben ser resultantes de un proceso educativo fortalecido en este eje (Calventus & Bruna, 2018).

Así mismo, la práctica clínica y comunitaria instaurada durante la formación del estudiante, es esperada a ser implementada por los alumnos basándose en la metodología del PAE para otorgar cuidados integrales en todas las etapas de desarrollo de las personas, en estados de salud o enfermedad fuera y dentro de las instituciones de salud y en todos los niveles de atención, por lo que la práctica de campo pretende establecer la visión de dos vertientes, por una parte constituirse como una estrategia educativa para la formación del educando preparándolo para una vida profesional futura y por otra se le considera una oportunidad para reconocer aciertos y errores (Mondragón & Sosa, 2019).

Bajo la línea de atención primaria, se requiere mantener, además, una valoración permanente en la actuación de los estudiantes durante el desarrollo del trabajo en la comunidad, ya que lo esperado es que orienten en todo momento la planeación de sus cuidados bajo un enfoque teórico que perfile a los usuarios de su atención hacia el autocuidado considerando su proceder en el contexto en todo momento de sus conocimientos en salud pública, familiar y comunitaria, el cual es adquirido y fortalecido desde su formación profesional universitario. Considerando este ambiente de conocimientos, desenvolvimiento e implementación de acciones que llevan a cabo los estudiantes de enfermería mediante programas universitarios de atención a la comunidad, lo esperado, es un trabajo que disminuya factores de riesgo potenciales en el hogar y el entorno, asegurando en todo momento la promoción de modos y estilos de vida saludable, de higiene, salud bucal, salud sexual, de planificación familiar, embarazo en adolescentes, entre otros (Vera, Rojo, & Quiñones, 2016).

Por lo tanto, un aspecto relevante de la actuación de los estudiantes de enfermería en las actividades de trabajo comunitario, dadas las condiciones limitadas de contar con la presencia de todos los miembros de la familia durante las visitas, fue la planificación de los cuidados, considerando la priorización de las necesidades y los objetivos a alcanzar a través de los Planes de Cuidados de Enfermería (PLACE), donde se identificaron los resultados pretendidos durante la actividad comunitaria, como la mejora de los niveles de conocimiento y los cambios de conducta para reducir las conductas de riesgo detectadas en la población y prevenir otras posibles, ambas orientadas a la prevención de problemas y a la promoción de la salud.

En este sentido, en el ámbito internacional se expone que los cuidados de enfermería en el contexto de APS, deben estructurarse a partir de acciones transpersonales, para la protección que permita proteger, mejorar y preservar a los grupos en su totalidad, dando un sentido diferente a los estados de salud y enfermedad, incluyendo de cierta manera las necesidades

percibidas de dolor y existencia y sufrimiento, para lograr el autoconocimiento, el autocontrol y la autocuración, marcando una contraste diferente en la vida de las personas, para darle un sentido a las experiencias para la salud y la vida (Aguayo & Mella, 2015).

Asimismo, es de gran importancia destacar que la implementación de las acciones realizadas por los estudiantes del PICE/PUAPS incluyó estrategias educativas tecnológicas y no tecnológicas para el desarrollo de intervenciones centradas en los recursos familiares y comunitarios; sin embargo, el trabajo escrito no destacó de manera decisiva, al igual que la aplicación de actividades derivadas de los modelos de atención de enfermería actuales y con enfoques teóricos diversificados frente a los modelos médicos que siguen centrándose en aspectos tradicionalistas para los estados de morbilidad y mortalidad. Por lo tanto, el desarrollo de las competencias de atención comunitaria en el contexto de la APS, identificadas en los estudiantes de enfermería, contribuyó al trabajo objetivo durante el desarrollo del programa. Sin embargo, esto no evitó situaciones limitantes para la consecución de los objetivos del programa en una nueva colonia, ya que algunas familias decidieron no seguir participando en el programa. Además, el inicio de la pandemia covid19 no permitió el cierre de las actividades con las familias, ni de las intervenciones comunitarias a través de las ferias de salud universitarias. Esta última es una importante participación de los ciudadanos en la atención primaria de salud, se convierte en un instrumento, a través del cual la población se compromete, se motiva y se empodera en su propia atención.

Hay que destacar, además, que la fortaleza de este estudio recayó sobre la autoevaluación de los estudiantes de enfermería y de medicina, sobre su rotación en APS, quienes mencionaron en las autoevaluaciones que, para el logro de los objetivos, es necesario reorganizar las visitas domiciliarias y establecer guías de intervención acorde a las competencias de los estudiantes**;** para que estos puedan intervenir y ver la utilidad de su práctica**.** También sugieren una capacitación previa en el centro de simulación para potencializar competencias técnicas para implementación de las herramientas de valoración familiar. Además, pusieron a consideración, el hecho de que, cada día es más difícil que un paciente que ingresa a una unidad de salud sea objeto de exploración por múltiples estudiantes, por lo que las visitas domiciliarias y el trabajo familiar y comunitario, son una oportunidad para que los estudiantes puedan evaluar y diagnosticar e intervenir a través de planeaciones objetivas, que garanticen la potencialización de la calidad del cuidado ofrecido.

En lo que respecta a la experiencia internacional, con escenarios de trabajo comunitario similar, enfermería empieza a perfilarse como la candidata ideal para la atención de la población a nivel primario, asumiendo conocimientos de otras profesiones, para tratar a la población según sus necesidades de salud, este nuevo rol es conocido como Enfermera de Práctica Avanzada (EPA), propiciando en enfermería consolidarse en la atención integral de los individuos, la familia y comunidad de manera más resolutiva a partir de la adquisición de conocimientos de experto para un ejercicio profesional ampliado, de capacidades y competencias clínicas para la resolución de situaciones de salud complejas (Aguirre & Achondo, 2016). Aunado a lo anterior, el Consejo Internacional de Enfermería resalta la importancia y le da la relevancia a las funciones

desempeñadas por el personal de enfermería en los diferentes contextos, reconociendo en todo momento sus competencias cognitivas, capacidades y responsabilidades y los niveles obtenidos por su preparación académica, que les permite dar cumplimiento a los deberes establecidos por este organismo a partir de la promoción, prevención y restauración de la salud como del alivio del sufrimiento, haciendo de este profesional un ente importante para la salud de la población (Arco & Suarez, 2018). Poniendo a consideración todo lo señalado y a partir de la fundamentación de las visitas domiciliarias desde un enfoque de enfermería, familia y comunidad, se proponen otros elementos indispensables a tomar en cuenta para el éxito de la APS, instaurada a través de programas universitarios de enfermería, como es el caso, ya que hay que tomar en cuenta que las diferentes poblaciones se asientan sobre diferentes enfoques, conocimientos y creencias, por lo que las visitas domiciliarias en el trabajo familiar, no es solo la llegada a un hogar y verificar cantidad de miembros y condiciones de salud alteradas sobre las cuales hay que trabajar, sino que el trabajo comunitario, requiere otras aproximaciones desde las perspectivas sociales e inclusive de tipo culturales, para poder entender la dinámica familiar. En la sociedad latinoamericana actual, es preponderante insertar la realidad multicultural de los entornos, por lo que el profesional de enfermería desde su formación requiere sostener sus competencias, dentro del contexto de la atención primaria a la salud, en relación con los cambios epidemiológicos imperantes, los modelos biomédicos, la diversidad étnica y la migración (Veliz, Bianchetti, & Silva, 2019).

La promoción y la educación para la salud en el contexto universitario se vuelve significativo, ya que, desde la visión del estudio presentado, se puede destacar que las competencias a alcanzar por el alumno en relación al desarrollo de sus propuestas y estrategias de intervención en la atención primaria propongan medidas de atención sanitaria acordes a las familias y a la comunidad, enfatizando en todo momento la adopción de conductas efectivas y eficientes para la prevención de las enfermedades y sus complicaciones (Ruano & Ballestar, 2015). Dada la importancia de la APS en el ambiente de la salud, esta se constituye en una oportunidad para llevar a cabo acciones de prevención, curación y promoción para la salud a los individuos en su contexto familiar, sin embargo, hay mucho que trabajar en enfermería ya que si bien, las universidades procuran una formación integral en sus estudiantes, también es imperante profundizar en la obtención de resultados tangibles de implementación de todas las estrategias metodológicas instauradas durante la fase académica, que logre profesionales competentes que supongan necesario seguir investigando como la visita domiciliaria permite una mayor aproximación al cuidado personal, familiar y comunitario, por lo que progresar en el desarrollo teórico de la práctica y los saberes populares sobre la salud y la enfermedad pueden promoverse escenarios de formación profesional sólidos (Figura 6).

Figura 6. Visita Domiciliaria
Fuente: Archivo fotográfico propio (2021).

3 Consideraciones finales

Podemos concluir que el Programa de Integral de Comunitario de Enfermería(PICE) integrado al Programa Universitario de Atención Primaria a la Salud, (PUAPS) debe de ir fortaleciendo sus saberes y desde el enfoque interdisciplinario compartir y enriquecer la atención a la salud desde esta mirada de la APS, que logre mejorar la salud de las personas más vulnerables desde el lugar en donde se pueden observar las condicionantes y los factores de riesgo que es donde las personas viven, trabajan se desarrollan y mueren.

Es importante fortalecer los métodos y teorías de la visita domiciliaria que sustentan las intervenciones que se generan en ella, de igual importancia validar los instrumentos indispensables para la correcta recolección de datos que permita un adecuado diagnóstico de necesidades e intervenciones realistas de acuerdo con los tiempos de los estudiantes, para no crear falsas expectativas a las familias entendidas.

La creación de proyectos, en los que las disciplinas de educación sanitaria contribuyen a proporcionar las mejores técnicas y materiales de enseñanza centrados en la educación sanitaria y la educación de adultos, permite que las teorías y los modelos de enfermería apoyen los cuidados de enfermería, lo que se refleja en los protocolos y en cada parte del proceso de investigación.

Se puede afirmar que la filosofía como Universidad de Quintana Roo, es la formación de los mejores profesionales para responder a las necesidades de las personas y responder a las políticas sociales, que en caso de salud es lograr la salud y el bienestar, como un derecho humano, y la mirada es el fortalecimiento de los servicios de salud con el enfoque de APS.M. En relación con estas cuestiones, destaca: La OMS en su declaración de APS como estrategia 1978, su renovación en América Latina, basado en la evidencia, para lograr una atención universal, integral e integrada y sistemas de salud basados en Atención Primaria de Salud y Desarrollo Humano. México en su cuarta transformación contempla esta política de salud.

Referencias

Aguayo, A. F., & Mella, M. R. (2015). Significado Práctico Del Concepto Gestión Del Cuidado En Las Enfermeras/Os Que Se Desempeñan En Atención Primaria En Salud. *Ciencia y enfermería*, *21*(3), 73-85. Obtenido de: https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532015000300007

Argüello Gutiérrez, Y., Castro Jiménez, L. E., & Rodríguez Rojas, Y. L. (2017). Conceptualización y aspectos políticos de la atención primaria en salud: mirada desde los actores sociales. *Revista Costarricense de Salud Pública*, *26*(1), 86-96. Obtenido de: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292017000100086&lng=en&tlng=es.

Aguirre-Boza, F., & Achondo, B. (2016). Atención primaria de salud en Chile: enfermería de práctica avanzada contribuye al acceso universal de salud. *Revista médica de Chile*, *144*(10), 1319-1321. Obtenido de: https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016001000011

Arco-Canoles, O. C., & Suarez-Calle, Z. (2018) Rol de los profesionales de enfermería en el sistema de salud colombiano. *Universidad y Salud*, *20* (2), 171-182. Obtenido de: https://dx.doi.org/10.22267/rus.182002.121

Calventus S. J., & Bruna González, B. (2018). Promoción De La Salud Como Práctica Psico-Social Comunitaria En La Política Social Chilena. *Límite (Arica)*, *13*(43), 67-79. Obtenido de: https://dx.doi.org/10.4067/S0718-50652018000300067

Cassiani, S. H. D. B., Wilson, L. L., Mikael, S. D. S. E., Peña, L. M., Grajales, R. A. Z., McCreary, L. L., ... & Gutierrez, N. R. (2017). La situación de la educación en enfermería en América Latina y el Caribe hacia el logro de la salud universal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *25*, e2913. Epub May 11, 2017. Obtenido de: https://doi.org/10.1590/1518-8345.2232.2913

Comellas-Oliva, M. (2016). Construcción de la enfermera de práctica avanzada en Catalunya (España). *Revista Brasileira de Enfermagem*, *69*(5), 991-995. Obtenido de: https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690507

Dandicourt Thomas, C. (2018). El cuidado de enfermería con enfoque en la comunidad. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, *34*(1), 55-62. Obtenido de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252018000100007&lng=es&tlng=es.

Dois, A., Bravo, P., Contreras, A., Soto, M. G., & Mora, I. (2018). Formación y competencias para los equipos de atención primaria desde la mirada de expertos chilenos. *Rev Panam Salud Publica*. 2018; *42*, e147. Obtenido de: https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.147

Domínguez González, A., & Herrero Jaén, S. (2018). Análisis del sistema de limitación de acción en los requerimientos de autocuidado: una aproximación a un nuevo paradigma de dependencia en salud. *Ene*, *12*(1), 788. Epub 23 abril 2018. Obtenido de: http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/788

Fabelo Roché, J. R., Iglesias Moré, S., & Gómez García, A. M. (2017). La promoción de salud en la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, *16*(1) 93-105. Obtenido de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2017000100010&lng=es&tlng=es

Falcón, G. C. S., Alvarez, S. D. T., Caso, L. E. C., Arias, G. F. G., Contreras, M. V. I., & Erdmann, A. L. L. (2019). Experiencias de aprendizaje en salud comunitaria de estudiantes de enfermería. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *72*(4), 841-847. Obtenido de: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0410

Franco-Giraldo, Á. (2015). El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud (APS). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, *33*(3), 414-424. Obtenido de: https://dx.doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v33n3a11

Garrido Amable, O., Vargas Y. J., Garrido Amable, G., & Amable Ambrós, Z. M. (2015). Rol de la universidad en la promoción y autocuidado de salud. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, *19*(5), 926-937. Obtenido de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000500015&lng=es&tlng=es.

González-Castillo, M. G., & Monroy-Rojas, A. (2016). Proceso enfermero de tercera generación. Enfermería Universitaria, 13 (2), 124-129. ISSN: 1665-7063. Obtenido de: https://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v13n2/1665-7063-eu-13-02-00124.pdf

Jara-Sanabria, F., & Lizano-Pérez, A. (2016). Aplicación del proceso de atención de enfermería por estudiantes, un estudio desde la experiencia vivida. *Enfermería universitaria*, *13*(4), 208-215. Obtenido de: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-70632016000400208&script=sci_abstract

Lagoueyte Gómez, M. (2015). El cuidado de enfermería a los grupos humanos. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, *47*(2), 209-213. Obtenido de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072015000200013&lng=en&tlng=es.

Mondragón-Hernández, I.M.C., & Sosa-Rosas, M. P. (2019). Experiencias de los alumnos en el Aprendizaje del Proceso de atención de enfermería. Enfermería universitaria, 16(3), 249-258. Obtenido de: https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.3.709

Morín Fraile, V., Guix Comellas, E. M., Galimany Masclans, J.E., Masllorens, J. M., Sancho Agredano, R., Solà Pola, M., Fernández Cervilla, A. B., & Vallès Segalés, A. (2017). Aprendizaje-servicio, compromiso social e innovación. Experiencias en las asignaturas Enfermería Comunitaria y Trabajo Final de Grado. *FEM: Revista de la Fundación Educación Médica*, *20*(Supl. 1), S70-S72. Obtenido de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2014-98322017000700011&lng=es&tlng=es.

Naranjo Hernández, Y., Concepción Pacheco, J. A., & Rodríguez Larreynaga, M. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana*, *19*(3), 89-100. Obtenido de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009&lng=es&tlng=es.

Reiner Hernández, L., Cruz Caballero, B. A., & Orozco Muñoz, C. (2019). La participación comunitaria como eje de la atención primaria de la salud. *Edumecentro*, *11*(1),218-233. Obtenido de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742019000100218&lng=es&tlng=es.

Ruano-Casado, L., & Ballestar-Tarín, M. L. (2015). Incorporación de la promoción y educación para la salud en los planes de estudio de grado en Ciencias de la Salud de la Universitat de València. *FEM: Revista de la Fundación Educación Médica*, *18*(2), 149-153. Obtenido de: https://dx.doi.org/10.4321/S2014-98322015000200011

Veliz-Rojas, L., Bianchetti-Saavedra, A. F., & Silva-Fernández, M. (2019). Competencias interculturales en la atención primaria de salud: un desafío para la educación superior frente a contextos de diversidad cultural. *Cadernos de Saúde Pública*, *35*(1),e00120818. Obtenido de: https://doi.org/10.1590/0102-311x00120818

Vera Rodríguez, J. E., Rojo Pérez, N., & Quiñones Varela, I. (2016). Sistema de acciones de enfermería comunitaria implementado en un asentamiento rural cubano. *Humanidades Médicas*, *16*(1), 130-143. Obtenido de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202016000100009&lng=es&tlng=es.

Zanetti, María L. (2015) Práctica de enfermería avanzada: estrategias de formación y construcción de conocimiento. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, *23* (5), 779-780. Obtenido de: https://doi.org/10.1590/0104-1169.0000.2614

CAPÍTULO 10

MÍDIAS SOCIAIS NA ATENÇÃO DE ENFERMAGEM ÀS FAMÍLIAS: REFLETINDO SOBRE O CUIDADO ON-LINE E SEUS ASPECTOS ÉTICOS

Jéssica Stragliotto Bazzan[1]
Sabrina Ferreira Gomes[2]
Eda Schwartz[3]

1 Introdução

Nos últimos anos, a utilização da internet e das mídias sociais têm aumentado exponencialmente (Frazier, Culley, Hein, Williams, & Tavakoli, 2014). O acesso ao meio on-line está mais disponível e ao alcance da sociedade e, entre outras finalidades, é um instrumento que informa e fornece esclarecimento a pessoas que procuram sanar dúvidas sobre diversas temáticas, incluindo àquelas relacionados à saúde (Simon et al., 2013).

Em relação à mídia social, Recuero, Bastos e Zago (2018) apontam que se refere a um fenômeno emergente, que tem início com a apropriação dos sites de rede social pelos usuários. Deste modo, os sites de relacionamento ou redes sociais são exemplos de ambientes cujo foco é reunir pessoas. Assim, quando estas se tornam membros, podem criar um perfil contendo seus dados, fotos pessoais, vídeos e, além disso, podem interagir com outras pessoas com base na criação de uma lista de amigos e comunidades (Telles, 2010).

Nessa perspectiva, públicos diversos podem se inserir nesse meio e apropriar-se de ferramentas disponibilizadas nas plataformas on-line. Dessa forma, o ambiente on-line torna a comunicação entre semelhantes mais versátil, rápida e ao toque dos dedos, facilitando o processo de formação de comunidades que se identificam.

Nesse contexto, pelo fato de as atividades on-line possibilitarem a movimentação de temas interessantes às pessoas que interagem naquele ambiente, a temática, muitas vezes, pode elencar temas diversificados como, por exemplo, a saúde, um tema importante e que movimenta não só a mídia social on-line, mas também a mídia em massa mundial.

---

1 Enfermeira, Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Pelotas. Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Bolsista CAPES 2018-2022. Correo electrónico: jessica_bazzan@hotmail.com.

2 Enfermeira do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Sul-rio-grandense. Correo electrónico:sabrina.fgomes@hotmail.com, Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.

3 Professora Titular do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família e da Residência Multiprofissional em Atenção Oncológica/UFPel. Participante do Núcleo de Estudos Condições Crônicas e suas Interfaces (NUCCRIN). Membro da *International Family Nursing Association*. Bolsista de produtividade do CNPQ. Correo electrónico: edaschwa@gmail.com. Enfermeira. Pós-doutora em Enfermagem pela USP-São Paulo; Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina; Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina.

Em um cenário adverso, como em uma pandemia, com a adoção de medidas para diminuir a disseminação do vírus como o isolamento social, as mídias sociais on-line podem atuar na identificação de informações como condutas e consultas on-line, aproximando as pessoas e atualizando-as acerca de conteúdos importantes para o seu dia a dia, em prol da prevenção, promoção da saúde e bem-estar dos indivíduos.

O enfermeiro sendo um profissional voltado para o cuidado, apresenta uma relação individualizada com os usuários, famílias e comunidade onde está inserido, realizando ações voltadas para a educação à saúde na busca do compartilhamento de um conhecimento (Silva et al., 2012). Considera-se que educação em saúde é caracterizada como uma metodologia fundamentada no diálogo e um processo crítico e reflexivo que, em consequência, forma atores sociais interligados, de maneira especial no que se refere à saúde (Brasil, 2009).

Ponderando que a educação em saúde se relaciona com a aprendizagem e que almeja alcançar a saúde, torna-se fundamental que ela vislumbre atender à sociedade em conformidade com sua realidade. Outrem, a educação em saúde pode instituir conflitos entre as pessoas devido à questão de criar ensejos para que o indivíduo pense, repense a suas condições de vida e, ainda, modifique sua realidade (Oliveira & Gonçalves, 2004). Nesse contexto, é fundamental que o enfermeiro seja um ator político-social, em outras palavras, um agente no processo de mudança social. Considera-se que através da educação em saúde como processo de instrução dialógico, o profissional de enfermagem possa instruir-se em relação a respeitar e alavancar a autonomia do usuário para que possa obter melhores condições de saúde (Silva et al., 2012).

Sob essa perspectiva, entende-se que os princípios éticos são originados com base nas concepções de mundo do indivíduo, além disso, em como ele se relaciona com a sociedade e consigo mesmo (Gomes & Lucas, 2014). A Enfermagem como profissão, de acordo com Lucas & Gomes (2014), apoia-se em um suporte duplo: o suporte obrigatório e legal para aquisição da competência para o exercício profissional, este que cita as diretrizes necessárias para tal, atuando com o suporte ético. Estes têm o escopo prescritivo e de aconselhamento, zelando pela prática e conduta dos profissionais com o olhar voltado para uma assistência de enfermagem qualificada e proporcionada às pessoas, família e coletividade (Gomes & Lucas, 2014).

Salienta-se que está codificado na Lei do Exercício Profissional o suporte legal e em seu respectivo Decreto Regulamentador (Lei n. 7.498, 1986; Decreto n. 94.406, 1987). Outrem, no código de ética dos profissionais de enfermagem está descrito o suporte ético (Cofen, 2017).

As mídias sociais estão presentes na vida das famílias e ocupam um espaço transversal em seu cotidiano, principalmente quando nos referimos à busca de informações e comunicação com os profissionais de saúde, portanto, sob esse prisma, a enfermagem, ao desenvolver seu processo de trabalho no ciberespaço, está desenvolvendo o cuidado às famílias necessitadas e, para isso, devem ser cumpridas as diretrizes definidas para o exercício legal da profissão. Este estudo tem como objetivo refletir sobre as mídias sociais na atenção de enfermagem às famílias em face dos aspectos éticos.

2 Desenvolvimento

Para este estudo, foi realizada uma revisão narrativa da literatura, a qual define um processo de análise e descrição de um corpo do conhecimento como uma busca ampla e aberta para a descrição de um fenômeno, sem a exigência de um protocolo rígido para sua confecção, de resposta investigativa para uma pergunta ou, ainda, de estabelecimento de meta para o alcance de um objetivo específico (Cordeiro, Oliveira, Rentería, & Guimarães, 2007). Utilizou-se todo o material relevante escrito que pôde ser disponibilizado sobre o tema: livros, artigos de periódicos, relatórios governamentais, leis e diretrizes mediante buscas livres nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual *Scientific Electronic Library On-line* (SCIELO); Sistema Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS); *National Library of Medicine* (PubMed) e na Biblioteca Virtual da Saúde (BVS). Para a busca dos artigos, utilizaram-se os descritores previamente consultados no Descritores em Ciências e saúde (Decs), a saber: mídias sociais, enfermagem, família, ética, processo de trabalho. A busca realizou-se sem período pré-definido, buscando ampliar os estudos existentes e foi revisada por dois revisores.

Dentro do ciberespaço, as mídias sociais definem-se como um tipo de mídia que permite a interação e o compartilhamento de informações, considerando as ferramentas constituintes destas plataformas on-line que consentem a concepção de redes sociais on-line, onde, por meio de interesses em comum, conectam as pessoas, fortalecem as relações (Recuero, 2012) e possibilitam que os profissionais de saúde possam relacionar-se com as pessoas e desempenhar seu processo de trabalho em prol da promoção da saúde.

As redes sociais são construídas por agrupamentos de pessoas e compostas pelas interações, que originam os grupos sociais. Nessa conjuntura, perante essas ferramentas, essas redes são alteradas e transformadas pela intercessão das tecnologias e, especialmente, pela utilização delas para a comunicação (Recuero, 2012)**.**

Nesse contexto, as milhares de trocas realizadas entre as pessoas são mais do que simples interações, elas representam conversações e definem o conceito de redes sociais na internet. Tendo como características as questões de serem públicas, permanentes e rastreáveis, uma vez que são essas conversas coletivas que atualmente influenciam a cultura, constroem fenômenos, debatem e organizam protestos, criticam e acompanham ações políticas e públicas (Recuero, 2012).

A conversação e o fluxo de informações alavancam a interação, que só acontece quando as pessoas têm assuntos ou temáticas em comum, são proprietárias de informações a serem trocadas ou compartilhadas, enfim, algo que interesse aos dois e que possa ocasionar uma cooperação. Nesse panorama, podemos exemplificar por meio de membros de famílias que adentram o meio on-line, seus interesses podem ser entretenimento; cultura; notícias ou, até mesmo, informações sobre saúde.

Portanto, as mídias sociais permitem a criação de valores, sejam eles, individuais, coletivos, na sociedade, abrindo um leque de opções para a comunicação estratégica, sejam nas comunicações organizacionais, na divulgação de uma empresa, de uma marca ou de um produto ou, ainda, na comunicação social conhecida como tradicional.

2.1 Enfermagem no uso de redes sociais e implicações ético-profissionais

As novidades em configurações dentro da globalização mundial e seu rápido processo de atualização científica e tecnológica vêm exigindo inovações em termos de construção do conhecimento, pressionando modificações no processo formativo de profissionais competentes para realizar a assistência em saúde à sociedade (Silva et al., 2010). A formação do enfermeiro, na atualidade, se estabelece como um importante desafio, sendo ele o de formar enfermeiros com competência técnica, política, munido de conhecimento, raciocínio, percepção e sensibilidade para com assuntos pertinentes à população, necessitando estarem habilitados para intervir em totalidades de incertezas e complexidade (Silva et al*.,* 2010), enfatizando, assim, a importância do enfermeiro conectado e capacitado para um atendimento através das redes sociais.

Com base numa revisão integrativa, cujos estudos são de países como Estados Unidos, Reino Unido, Canadá, Austrália, Filipinas, África do Sul, Espanha e Finlândia, pode-se assegurar que no mundo do processo de trabalho, os profissionais de enfermagem estão usando as redes sociais como *Facebook, Twitter e WhatsApp* para buscar, educar e assistir, ainda que de forma rudimentar. Nesse contexto, na área da pesquisa, o uso das redes sociais proporcionou benefícios como a conhecimento de condições de risco, a dispersão de informações e a ascensão de modificações benéficas de comportamento. Assim, quando comparadas com as intervenções assistenciais tradicionais, realizadas face a face, aquelas desenvolvidas através das redes sociais proporcionaram benefícios, por exemplo, o fato de que o usuário não necessita comparecer às sessões pessoalmente e tem acesso interminável às informações sobre saúde sempre que seu desejo for este (Mesquita, Zamarioli, Fulquini, Carvalho, & Angerami, 2017).

Com esse acesso ao alcance das famílias, tem-se tornado cada vez mais comum a busca nas redes virtuais de informações sobre doença, saúde, tratamentos, sinais e sintomas, a fim de compreender a magnitude de uma enfermidade presente no meio intrafamiliar.

Grupos de apoio virtual, páginas pessoais em redes sociais, *weblogs e blogs* são exemplos de fontes disponíveis na *Web* que oportunizam conhecimento baseado na experiência humana, a qual é trocado, compartilhado e multiplicado nas formas diversas de contato virtual. Nessa perspectiva, a *Web* oferece condições bastantes particulares: ela cria uma sensação de familiaridade através da condição anônima, deste modo, usuários da rede que, provavelmente não entrariam em contato se encontram e iniciam o compartilhamento de suas vivências, dentre elas: possuir uma doença específica ou de ser familiar ou cuidador de um enfermo (Ortega et al., 2013).

Em uma revisão integrativa, Santos, Tavares, Pereira e Ferreira (2015), com o objetivo de identificar o papel do enfermeiro na rede social e virtual de apoio aos adolescentes que convivem com diagnóstico de doença crônica, concluíram que a internet e as redes sociais on-line têm se tornado ferramentas de grande utilidade tanto para os profissionais de saúde quanto para as pessoas envolvidas no processo de saúde e doença do adolescente. Assim, contribui de forma positiva para o enfrentamento da doença crônica, seja por meio dos conteúdos disponibilizados relacionados à saúde, seja por meio de bate-papo.

Nesse contexto, no envolvimento dos enfermeiros nas redes sociais existe uma diferença expressiva devido a esses profissionais desenvolverem papéis essenciais como a educação em saúde, afora a sustentação de laços afetivos ao proporcionarem incentivos aos usuários e, também às suas famílias, o que colabora para a alavancamento do bem-estar destes (Santos et al., 2015).

Quando se adentra o campo da saúde, as comunidades inclusas dentro das redes sociais on-line surgem como forças motrizes (Moorley & Chinn, 2014), podendo ser utilizadas para diversos desfechos, dentre eles, o cuidado das famílias. Nesse contexto, é possível que exista uma multiplicidade de tecnologias que podem ser utilizadas para a promoção do cuidado das famílias, além de prevenção de agravos. Com a expansão da internet, das redes sociais, desenvolveram-se meios de divulgar informações em um pequeno espaço temporal e em um longo território, sendo, ainda, uma forma acessível e discreta para aqueles que buscam informação on-line (Santos, Tavares, Pereira, & Ferreira, 2017).

Nesse contexto, os benefícios resultantes das redes sociais são pontuados como a troca em tempo real de informações relacionadas com a saúde; a aquisição de dados de pesquisas científicas; a possibilidade de cultivar o contato com os usuários e seus familiares; a conquista de novos públicos para a promoção e prevenção de saúde, entre outros (Health Research Institute, 2012).

Sob esse prisma, o uso das redes sociais, no que se refere à sua utilidade em ações de saúde, implica obstáculos éticos a serem vencidos, o que é definitivamente compreensível pela razão de ser uma realidade que ainda está em evolução, constante mutação, em processo adaptativo pela área de conhecimento: humanas, sociais e da saúde, assim, podendo surgir consequências que prejudicam os usuários se não for sabiamente desenvolvido com seu potencial positivo, os quais são incontestáveis e inúmeros (Wiener, Crun, Grady, & Merchant, 2012).

A enfermagem vem evoluindo no meio on-line e encontrado seu lugar nas redes virtuais. Estudo realizado por Stellefson (2013) a indicou por meio de um destaque europeu, estando logo após os Estados Unidos, referindo-se à sua inserção nas redes sociais on-line. Essa participação com toda a importância, obrigações e barreiras éticas implicadas no exercício da Enfermagem nas redes sociais on-line concebe uma inserção intitulada 'peça-chave' no ciberespaço, pois entende-se que serão divulgadas informações de cunho científico provenientes de um profissional certificado, assim, considera-se uma luz em meio às divulgações de informações sobre saúde, sendo esta desordenada e com ausência de filtros por pessoas, muitas vezes, equivocados e sem conhecimento (Santos et al., 2017).

Muitos enfermeiros estão incluindo as redes sociais on-line em seu processo de trabalho (Frazier et al., 2014), utilizando-as como ferramenta para a comunicação com seu público-alvo e disseminação de informações (Moorley & Chinn, 2014). Devido ao crescimento da utilização das mídias como um todo e seus benefícios para a atenção às famílias e outros públicos, na atualidade, tem-se discutido sobre as implicações éticas a respeito do emprego das redes sociais on-line na profissão de enfermagem.

Estudos mencionam que os profissionais da enfermagem são livres para utilizar as redes sociais on-line em sua rotina pessoal, no entanto, eles não podem esquecer de que são detentores

de duas identidades, profissional e pessoal, as quais não se dissociam com facilidade e nem estão fundidas, mas, sim, interligadas (*National Council of State Boards of Nursing*, 2011). E, embora uma pessoa possua um perfil nas redes sociais com sua identidade pessoal, esta imagem não fica dissociada de sua identidade profissional dentro da enfermagem, pois suas identidades são integradas, o ser enfermeiro faz parte de sua identidade pessoal, então, ele deve manter sua responsabilidade profissional, mesmo no seu perfil pessoal.

Os enfermeiros devem compreender e refletir em relação ao fato de que o conteúdo postado está disponível para análise e utilização, também sendo possível uma avaliação de desempenho ou potencial no futuro. Deste modo, uma solução seria a criação de dois perfis distintos, um pessoal e um profissional, todavia, é fundamental que se estabeleça um pensamento crítico e reflexivo sobre os conteúdos gerados e postados, independentemente do perfil utilizado (Clark, 2013).

Diante do crescimento e relevância do papel do enfermeiro ao desempenhar o cuidado das famílias nas redes sociais on-line e da identificação de questões éticas e legais que têm se tornado como algo a ser refletido, levanta-se o questionamento acerca da questão de saber se há necessidade de os profissionais de saúde terem uma orientação específica emitida por seus órgãos reguladores (Levati, 2014).

Sendo a enfermagem a ciência do cuidado humano, é essencial refletir sobre essas questões éticas, uma vez que os enfermeiros frequentemente enfrentam dilemas éticos em seu processo de trabalho e ocorrem distintas situações entre a teoria (aquilo que deve ser realizado) e a prática (aquilo que é realizado) (Monteiro, Barbosa, Barroso, Vieira, & Pinheiro, 2008).

A enfermagem tem suas atividades abalizadas em princípios e diretrizes do Código Ético dos Profissionais de Enfermagem. Assim, os Conselhos de Enfermagem (Coren), no Brasil, devem supervisionar e orientar o processo de trabalho de cada enfermeiro, abarcando pontos que envolvem a ética profissional (Monteiro et al., 2008), desde a atenção básica até a mais complexa rede hospitalar, e atualmente, também no ciberespaço.

Perante esse prisma, no Brasil, a Resolução n 554 aprovada em 2017 descreve critérios norteadores de utilização e comportamento dos enfermeiros e técnicos de enfermagem nas mídias sociais, mais estritamente, nas redes sociais on-line. O documento expõe condutas, comportamentos e atitudes que os profissionais do cuidado devem adotar sempre que mencionarem, comentarem, publicarem ou compartilharem conteúdos na *Internet* e em outros meios de comunicação em massa (Cofen, 2017).

O Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) respeita a liberdade de expressão dos Profissionais de Enfermagem e espera que estes usem as mídias sociais com responsabilidade, conscientes das oportunidades e das consequências que seus atos podem gerar. Assim, o órgão em questão apoia o uso responsável, reconhecendo os potenciais benefícios profissionais, institucionais e sociais da atuação dos profissionais de enfermagem nesses meios (Cofen, 2017).

A resolução n. 544/2017, em seu Artigo 3º, refere que os anúncios de Enfermagem deverão conter, obrigatoriamente, os seguintes dados: nome do profissional, número da inscrição no Conselho Regional de Enfermagem e a categoria profissional. Ressalta ainda,

que não cabe ao profissional garantir, prometer ou insinuar bons resultados do tratamento de qualquer natureza, para os quais não haja comprovação científica (Cofen, 2017).

Assim, o enfermeiro fica respaldado pelo seu órgão regulamentador de poder prestar o cuidado devido às famílias por meio das mídias sociais, intensificando e focando em compartilhar informações e responder a questionamentos, sempre fundamentados em artigos, livros e referências confiáveis, os quais podem ser indicados para leitura das famílias; para que elas também possam se apoderar de um conhecimento, não ficando esse apenas em linhas gerais, mas específico para a temática que lhes interessa, podendo ser cuidados de recém-nascidos; de idosos restritos ao leito, de pessoas com crianças, entre outras.

O Art. n. 9 da mencionada Resolução destaca que o profissional de Enfermagem poderá utilizar-se de qualquer meio de divulgação, para prestar informações, dar entrevistas e publicar artigos científicos, versando sobre assuntos de enfermagem e obedecendo à legislação vigente (Cofen, 2017).

De tal modo, entende-se que o enfermeiro pode fazer uso das mídias sociais com responsabilidade sobre o conteúdo gerado e a prática de disseminação de informação para fins de realizar educação em saúde nas mídias sociais.

Ainda, a resolução permite interpretar que não é vedada, somente expõe limites para que isso possa ser realizado, considerando as mídias sociais como um meio pelo qual se pode ter reais benefícios, quando utilizado com consciência e respeito em relação aos princípios éticos (Cofen, 2017).

Um exemplo disso é o resultado de uma pesquisa realizada na Inglaterra, na qual os participantes (familiares) sugeriram que a interação on-line entre usuários do *Facebook* e os profissionais de saúde, dentre eles os enfermeiros, é um benefício recíproco. Sob esse olhar, as famílias podem obter uma melhor percepção dos problemas diários associados com o viver e suas condições crônicas, que podem não ser abordadas formalmente em encontros clínicos devido a restrições de tempo (Jacobs, Boyd, Brennan, Sinha, & Giuliani, 2016).

A pesquisa de Jacobs et al. (2016) destaca como um benefício o envolvimento dos profissionais de saúde com grupos on-line, pois ele permite identificar facilmente preocupações mais comuns em seus pacientes e seus cuidadores. Isso permitiria que os profissionais fornecessem informações on-line focadas e precisas, deste modo, os pacientes e os cuidadores teriam informações prontamente acessíveis e confiáveis. Em consequência disso, seria provável melhorar a satisfação relacionada ao cuidado, podendo levar à redução de consultas formais, e, se houver dúvidas por parte dos familiares, que possam ser sanadas de forma simples de serem abordadas (Jacobs et al., 2016). Tendo em vista que os familiares postam mensagens pedindo informações relacionadas à saúde de seus filhos, assim como conselhos acerca de cuidados (Gage-Bouchard, Lavalley, Warunek, Beaupin, & Mollica, 2016).

Ainda, as famílias que cuidam, apoiam fortemente o papel participativo dos profissionais de saúde em grupos de mídia social. Pontua-se que a falta de envolvimento dos profissionais de saúde com essas mídias tem sido destacada como um obstáculo à credibilidade da informação

saudável, partilhada nas comunidades (Antheunis, Tates, & Theodoor, 2013). Deste modo, os estudos demonstram argumentos importantes para que os enfermeiros possam integrar de forma responsável e ética no meio virtual. Possibilitando às famílias que cuidam de seus enfermos, receber informações confiáveis, permitindo a interatividade rápida e a probabilidade de criação de um vínculo entre os protagonistas desse evento. Lembrando sempre do cuidado necessário para não exposição de informações pessoais e casos clínicos das famílias.

Reforçando com a evolução e a multiplicidade de redes sociais on-line, a dispersão de informação sobre saúde disseminou-se de modo desordenado e sem controle no que se refere à qualidade do conteúdo, evidenciando a necessidade basal da inserção de profissionais da saúde, inclusive, enfermeiros, nesse espaço, de modo que o conteúdo postado seja seguro e fidedigno (Santos et al., 2017).

Considera-se ética um conjunto de regras e preceitos de ordem valorativa e moral de um indivíduo, de um grupo social ou de uma sociedade. Na enfermagem, a ética é baseada na existência humana com um olhar voltado para as tecnologias existentes e sua utilização na atenção à saúde das famílias. Deve-se apoiar em pilares importantes para seu cumprimento, tais como o respeito ao ser humano em todas as suas dimensões e papéis que desempenham dentro das famílias, por exemplo, ser pai, mãe, filhos, avôs.

Entretanto, um ponto importante apontado pelo Coren (2015) são os casos de exposição de acidentes, procedimentos de saúde ou de cuidados pós-morte em sites de notícias, redes sociais e e-mails. Não cabe ao profissional de enfermagem, do ponto de vista ético e legal, replicar ou compartilhar imagens onde o indivíduo precisa de cuidados e não de exposição. Ressalta-se que o ato de compartilhamento de informações particulares de pacientes pela *Web* não é considerado um cuidado, ou seja, não faz parte do processo de trabalho do profissional enfermeiro.

A tecnologia presente na atualidade, como as mídias sociais on-line, deve ser utilizada como uma ferramenta de cuidado para a benfeitoria das famílias, pessoas que se beneficiariam da interação ao alcance das mãos com um profissional habilitado e não ser utilizada como uma arma para exposição de sua situação de saúde e, até mesmo, de vulnerabilidade.

Sob esse olhar, um argumento corriqueiro poderia ser "eu não fiz essa imagem, apenas recebi e compartilhei". Todavia, o Coren (2015) menciona que a ética ultrapassa o viés de culpabilidade direta e alcança o posicionamento de interromper essa corrente ou somar-se a propagação de intimidade alheia. Então, fazer imagens ou compartilhar foge expressamente ao Código de Ética do enfermeiro. Não se deve expor de forma alguma o agente passivo do cuidado, muitas vezes, a família.

A Constituição Federal (1988), no artigo 5º, inciso X, diz que "são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação". Além disso, de acordo com o Código Civil, no artigo n.°20, "salvo se autorizadas ou necessárias à administração da justiça ou à manutenção da ordem pública", a exposição e utilização da imagem de uma pessoa podem ser proibidas, sendo possível o requerimento de indenização.

Outrem, o enfermeiro ainda deve levar em consideração os critérios estabelecidos em seu Código de Ética, como o artigo n.°43 que diz: “Respeitar o pudor, a privacidade e a intimidade do ser humano, em todo seu ciclo, inclusive nas situações de morte e pós-morte”; e o artigo n.°86, parágrafo único, que proíbe “inserir imagens ou informações que possam identificar pessoas e instituições sem sua prévia autorização” (Cofen, 2017).

Deste modo, para que o enfermeiro possa praticar o cuidado através das mídias sociais, deve ter ciência do que é permitido legal e eticamente, para que não ocorra a exposição dos usuários das redes sociais on-line, e, assim, sua atuação possa beneficiar as famílias e não as prejudicar com exposições, tornando públicas informações sigilosas e desrespeitando com atos incompatíveis à dignidade do ser humano.

Estudo aponta a necessidade de que os enfermeiros participem de capacitações para utilização das mídias sociais como ferramenta de trabalho (Barton & Skiba, 2012; Moreira & Pestana, 2012) e tais capacitações podem e devem ser realizadas por parte de seus órgãos reguladores, respeitando os princípios éticos profissionais e, também do paciente (Santos et al., 2017), de modo a não acontecerem casos como o do estudante expulso da universidade por postar fotos pessoais acompanhado de uma placenta (Barton & Skiba, 2012; Moreira & Pestana, 2012).

Nessa perspectiva, os enfermeiros têm a oportunidade de dilatar os nichos de trabalho, assim como o público-alvo, compreendendo esse novo campo e seus aspectos éticos. De igual forma, dá-se a sua importância neste contexto emergente que demanda seu cuidado participativo às famílias, encontrando modos de manter a privacidade do usuário e a qualidade das informações, tudo interligado com suas ações profissionais, nesse espaço público (Lachman, 2013).

Sob esse prisma, no ciberespaço, os profissionais de enfermagem encontram uma ferramenta indispensável que, por vezes, estabelece-se a sua ausência na demanda de atuação, majoritariamente, com a atividade de filtragem de informações sobre saúde, orientações e apoio para os que buscam sanar dúvidas sobre o seu estado de saúde e de sua família. Devido ao fato de encontrarem-se perdidos, perante o montante de informações desorganizadas e sem controle de veracidade (Santos et al., 2017).

A disseminação da informação vem passando por mudanças drásticas, podendo ser dispersadas por meio de e-mails, troca de mensagens via *Whatsapp* e redes sociais on-line. Trata-se de uma gama de vetores tecnológicos envolvidos e um profissional, esses devem estar preparados para que, além de atuar nas mídias sociais em prol dos usuários, saibam realizar seu processo de trabalho, sem se enganar com informações fictícias não somente em relação ao usuário, mas a si próprio (Oliveira, 2018).

O aumento da circulação de notícias falsas na internet tem levantado expressões como “pós-verdade”, “*fake news”* e “desinformação”, fato que tem posto em xeque a fidedignidade das informações presentes no ciberespaço, que acabam sendo impulsionadores para elaboração de opiniões e pensamentos baseados em fatos falsos (Leite & Matos, 2017).

Deste modo, nascem as *fake news*, informações não verídicas no formato de notícias, veiculadas na internet, mais especificamente em redes sociais, como o *Whatsapp*. As notícias

falsas sobre saúde têm sido espalhadas há muito tempo, inclusive no meio científico, prejudicando a disseminação de informações importantes para as famílias, como exemplo, podemos citar a revolta da vacina do início do séc. XX e os casos de microcefalia em bebês, causados pelo surto de zika vírus, ocorrido no Brasil em 2017, quando informações equivocadas foram espalhadas na internet, com o objetivo de desinformar e confundir as famílias (Sousa, 2017) assim como acontece nos dias atuais com a pandemia causada pela COVID-19.

A enfermagem na atenção às famílias tem papel fundamental para a desmitificação de tais informações, para que elas não consumam e confiem em todas as notícias sobre saúde, disponíveis no meio virtual, podendo vir a prejudicá-las. Os profissionais devem basear-se nos pilares da moral, ética e bioética, com seus princípios definidos para beneficência e não maleficência da população.

Segundo o Coren (2015), é imprescindível destacar que a tecnologia é um grande suporte para a atuação dos diferentes profissionais da atualidade, inclusive aqueles da área da saúde. Mas, é necessário refletir acerca das violações dos direitos à imagem, previstos no Código Civil; à intimidade, previsto na Constituição Federal; e do Código de Ética da Enfermagem. Em breves palavras: não é permitido fotografar e divulgar pacientes, sem sua prévia autorização, para pessoas não envolvidas diretamente na assistência.

Ao tratar do Código de Ética de Enfermagem, destaca-se que ele traz em seu artigo n.º 99: "Divulgar ou fazer referência a casos, situações ou fatos de forma que os envolvidos possam ser identificados". E, no artigo n. 53, refere que: "Resguardar os preceitos éticos e legais da profissão quanto ao conteúdo e imagem veiculados nos diferentes meios de comunicação e publicidade". Posto isso, leva-nos a pensar na questão relacionada ao fato de que, quando o enfermeiro for desenvolver educação em saúde para as famílias na mídia social e, assim, ilustrar casos clínicos para que a pessoa que recebe a informação entenda de que forma certa patologia se comporta, seus riscos e complicações, tenha cuidado para que de forma alguma esta ilustração possa expor alguém já cuidado por esse profissional (Cofen, 2017).

Ainda, que o profissional enfermeiro tenha sempre um material didático de cunho científico como base para seu processo de trabalho com as famílias, pois quando se trata de evidências científicas, não se devem deixar dúvidas quanto à sua credibilidade e ética.

Em outra perspectiva, todas essas modificações colaboram para o uso excessivo da palavra ética, alterando seu significado primordial ou tornando seu uso comum, levando à minimização de sua relevância. Destarte, existe a necessidade de interrogar a ética na atualidade, com o desenvolvimento rápido e desorganizado enfrentado pela sociedade, pois habitamos em um tempo cheio de contrassensos com o mundo em constante mudança, sendo difícil saber para onde a sociedade está caminhando (Monteiro et al., 2008).

Mesmo existindo no Brasil uma legislação bem definida referente aos princípios éticos e legais, é um desafio realizar a prática de enfermagem no ciberespaço, pois as diretrizes provenientes dos órgãos que regulamentam a profissão não acompanham o desenvolvimento dos acontecimentos no mundo on-line, não prevendo muitas situações

imersas em dilemas éticos possíveis de acontecerem no cotidiano e na rotina de atividades de saúde dentro das mídias sociais.

Na atualidade, perante a contaminação dos indivíduos e famílias pelo COVID-19, causador de uma pandemia, em março de 2020, o Cofen, por meio de "ad referendum" autorizou e normatizou a teleconsulta de enfermagem como forma de combate à pandemia provocada pela COVID-19, mediante as consultas, esclarecimentos, encaminhamentos e orientações com uso de meios tecnológicos (Cofen, 2020).

Sob essa nova aprovação do Cofen, e considerando a importância da participação dos enfermeiros no combate à pandemia, principalmente nesses momentos de isolamento social em que as pessoas precisam de acesso a informações seguras, avançou-se em nossa regulamentação para o uso das mídias sociais em prol do atendimento à comunidade.

Tal aprovação demonstra como é fundamental a atuação da enfermagem nos meios de comunicação on-line, beneficiando a todas as famílias que necessitam de atendimento e de informação, um serviço de qualidade proveniente de profissionais capacitados com informações seguras e de cunho científico.

3 Considerações finais

Este estudo teve como objetivo refletir sobre as mídias sociais na atuação do enfermeiro na atenção às famílias em face das implicações éticas que seu processo de trabalho exige. Evidencia-se que cuidar eticamente do outro é uma atitude que leva à reflexão, pois o cuidado é a essência da profissão de enfermagem. Ao cuidar das famílias, os profissionais devem vê-las como seres humanos com suas necessidades afetadas e, portanto, frágeis, merecendo respeito e atenção.

Vivemos hoje um momento inesperado de pandemia, permeado pelo distanciamento social, o que ressalta ainda mais a possibilidade de informações equivocadas, baseadas em "achismos" e as chamadas "*fake news*". Diante disso, a educação em saúde surge mais do que nunca no combate à desinformação, onde os profissionais de enfermagem baseados nos seus conhecimentos técnicos-científicos podem repassar à população, em geral, subsídios para enfrentar esse momento de uma forma mais amena e que gerem mudanças em seus hábitos de vida.

Está cada vez mais comum associar a enfermagem às mídias sociais, o que, na atualidade, utiliza-se sem barreiras ferramentas de promoção em saúde, como teleconsultas, *lives*, *blogs*, postagens nas redes sociais on-line, entre outras. Assim, destaca-se um ponto positivo na evolução da tecnologia em prol da saúde das famílias.

Observa-se a importância do processo de trabalho da enfermagem na atuação com as famílias baseado nos aspectos éticos pactuados nas diretrizes e resoluções do Cofen, pois, se bem utilizadas, as mídias sociais podem configurar um grande auxílio através de orientações, filtragens e apoio, além de uma ferramenta capaz de elucidar e valorizar a profissão.

Referências

Antheunis, M.L., Tates, K., & Theodoor E.N. (2013). Patients' and health professionals' use of social media in healthcare: Motives, barriers and expectations. *Patient Education and Counseling***,** 92(3), 426–431. Recuperado de: https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.06.020

Barton, A.J., & Skiba, D.J. (2012). Creating social media policies for education and practice. *NI 2012: 11th International Congress on Nursing Informatics,* 2012, 3-27. Recuperado de: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3799160/

Brasil. *Constituição da república federativa do Brasil*, de 5 de outubro de 1988. Recuperado de: https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao/constituicao1988/arquivos/ConstituicaoTextoAtualizado_EC%20105.pdf

Boff, L. (2003). *Ética e moral*: a busca dos fundamentos. Petrópolis: Vozes.

Clark, J.R. (2013). Legal matters: do you still "like" Facebook" *Air Med J*, 32(4),184-7. Recuperado de: https://doi.org/10.1016/j.amj.2013.04.004

Conselho Federal de Enfermagem – COFEN. *Resolução 634*, de 23 de março de 2020. Autoriza e normatiza, "ad referendum" do Plenário do Cofen, a teleconsulta de enfermagem como forma de combate à pandemia provocada pelo novo coronavírus (Sars-Cov-2), mediante consultas, esclarecimentos, encaminhamentos e orientações com uso de meios tecnológicos, e dá outras providências. Recuperado de: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-0634-2020_78344.html

Conselho Federal de Enfermagem – COFEN. *Resolução 554*, de 31 de julho de 2017**.** Estabelece os critérios norteadores das práticas de uso e de comportamento dos profissionais de enfermagem, em meio de comunicação de massa: na mídia impressa, em peças publicitárias, de mobiliário urbano e nas mídias sociais. Recuperado de: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19208142/do1-2017-07-31-resolucao-n-554-de-17-de-julho-de-2017-19208098

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). *Lei n 7.498*, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Recuperado de: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html

Cordeiro, A.M., Oliveira, G.M., Rentería, J.M., & Guimarães, C.A. (2007). Revisão sistemática: uma revisão narrativa. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, 34*(6), 428-431. Recuperado de: https://www.scielo.br/j/rcbc/a/CC6NRNtP3dKLgLPwcgmV6Gf/abstract/?lang=pt

Decreto n. 94.406, de 30 de março de 1986. *Regulamenta a Lei n. 7.498*, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem e dá outras providências. Recuperado de: http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html

Frazier, B., Culley, J.M, Hein, L.C., Williams, A., & Tavakoli, A.S. (2014). Social networking policies in nursing education. *Comput Inform Nurs*, *32*(3),110-7. Recuperado de: https://doi.org/10.1097/cin.0000000000000030

Health Research Institute. (2012). *Social media "likes"* healthcare: from marketing to social business. PwC's. Recuperado de: https://adindex.ru/files2/access/2013_06/99606_tpc-health-care-social-media-report.pdf

Gage-Bouchard, E.A., Lavalley, S., Warunek, M., Beaupin, L.K., & Mollica, M. (2017). Cancer Communication on Social Media: Examining How Cancer Caregivers Use Facebook for Cancer-Related Communication. *Cancer Nursing, 40* (4), 332–338. Recuperado de: https://doi.org/10.1097/ncc.0000000000000418

Gomes, P.C., & Lucas, A.J. (2014). Os Valores éticos no exercício da Enfermagem. *Enfermagem em Revista*, *13*. Recuperado de: http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/13_artigo_etica.pdf

Jacobs, R., Boyd, L., Brennan, K., Sinha, C.K., & Giuliani, S. (2016). The importance of social media for patients and families affected by congenital anomalies: A Facebook cross-sectional analysis and user survey. *Journal of Pediatric Surgery*, *51*(11), 1766–1771. Recuperado de: http://dx.doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2016.07.008

Lachman, V.D. (2013). Social media: managing the ethical issues. *Med surg Nurs, 22*(5), 2326-9.

Leite, L.R.T., & Matos, J.C.M. (2017). Zumbificação da informação: a desinformação e o caos informacional. *Revista Brasileira de Biblioteconomia e Documentação*, *13*(00), 2334-2349. Recuperado de: https://www.academia.edu/45582233/Zumbifica%C3%A7%C3%A3o_da_informa%C3%A7%C3%A3o_a_desinforma%C3%A7%C3%A3o_e_o_caos_informacional

Levati, S. (2014). Professional conduct among Registered Nurses in the use of online social networking sites. *Journal of Advanced Nursing*, *70* (10), 2284-2292. Recuperado de: https://doi.org/10.1111/jan.12377

Ministério da Saúde, & Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. (2009). *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios*. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde.

Moreira, P.J., & Pestana, S.C. (2012). Saúde Web 2.0 e comunicação em saúde: a participação em comunidades virtuais em Portugal. *Revista de Comunicación y Salud, 2*(2),47-62. Recuperado de: http://www.revistadecomunicacionysalud.es/index.php/rcys/article/view/127

Mesquita, A.C., Zamarioli, C.M., Fulquini, F.L., Carvalho, E.C., & Angerami, E.L.S. (2017). As redes sociais nos processos de trabalho em enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Rev esc enferm. USP, 51*, e03219. Recuperado de: https://www.scielo.br/j/reeusp/a/7QyNtpcg7gyWRqrGB6gKXcM/?format=pdf&lang=pt

Monteiro, M.A.A., Barbosa, R.C.M., Barroso, M.G.T., Vieira, N.F.C., & Pinheiro, A.K.B. (2008). Ethical dilemmas experienced by nurses presented in nursing publications. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 16*(6), 1054-1059. Recuperado de: https://www.scielo.br/j/rlae/a/Rc5fbtRGXHtDZNvXVScQMLw/?format=pdf&lang=en

Moorley, C.R., & Chinn, T. (2014). Supporting student nurses in practice with additional online communication tools. *Nurse Educ Pract, 14*(1), 69-75. Recuperado de: https://doi.org/10.1016/j.nepr.2013.06.005

National Council of State Boards of Nursing. (2011). *A nurse's guide to the use of social media*. Chicago: NCSBN. Recuperado de: https://www.ncsbn.org/NCSBN_SocialMedia.pdf

Oliveira, S.M.P. (2018). Disseminação da informação na era das Fake News. *V Encontro Regional dos estudantes de biblioteconomia*. 1-15. Recuperado de: https://brapci.inf.br/index.php/res/v/106362

Oliveira, H.M., & Gonçalves, M.J.F. (2004). Educação em saúde: uma experiência transformadora. *Rev Bras Enferm*, *57*(6),761-3. Recuperado de: http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672004000600028

Ortega, F., Zorzanelli, R., Meierhoffer, L.K., Rosário, C.A., Almeida, C.F., Andrada B.F.C.C., et al. (2013). A construção do diagnóstico do autismo em uma rede social virtual brasileira. *Interface, 17*(44),119-32. Recuperado de: https://doi.org/10.1590/s1414-32832013000100010

Recuero, R., Bastos, M., & Zago, G. (2018). *Análise de redes para mídia social*. Porto Alegre: Sulina.

Recuero, R. (2009). *Redes sociais na Internet*. Porto Alegre: Sulina.

Recuero, R. (2012). *A conversação em rede*: comunicação mediada pelo computador e redes sociais na Internet. Porto Alegre: Sulina.

Santos, G.S., Tavares, C.M.M., Pereira, C.S.F., & Ferreira, R.E. (2017). Reflexões sobre o uso das redes sociais virtuais no cuidado às pessoas com doença crônica. *Rev enferm UFPE online*, 11(2),724-30. Recuperado de: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11992

Santos, G.S., Tavares, C.M.M., Ferreira, R.E., & Pereira, C.S.F. (2015). Rede social e virtual de apoio ao adolescente que convive com doença crônica: uma revisão integrativa. *Aquichan, 15* (1), 60-74. Recuperado de: https://doi.org/10.5294/aqui.2015.15.1.7

Silva, L.D., Beck, C.L.C., Dissen, C.M., Tavares, J.P., Búdo, M.L.D & Silva, H.S. (2012). El enfermero y la educación en salud: un estudio bibliográfico. *Rev Enferm UFSM, 2*(2), 412-419.

Silva, M.G., Fernandes, J. D., Teixeira, G.A.S., Silva, R.M.O. (2010). Processo de formação da(o) enfermeira (o) na contemporaneidade: desafios e perspectivas. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 19*(1), 176-84. Recuperado de: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-549855

Simon, B.S., Budó, M.L.D., Garcia, R.P., Gomes, T.F., Oliveira, S.G., & Silva, M.M. (2013). Rede de apoio social à família cuidadora de indivíduo com doença crônica: revisão integrativa. *J Nurs UFPE online, 7*, 4243-42. Recuperado de: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11654

Stellefson, M., Chaney, B., Barry, A.E., Chavarria, E., Tennant, B., & Walsh-Chilers, K. (2013). Web 2.0 Chronic Disease Self-Management for Older Adults: A Systematic review. *J Med Internet Res, 15*(2), e35. Recuperado de: https://doi.org/10.2196/jmir.2439

Sousa, A.M. (2017). O papel do bibliotecário como mediador da informação na era da pós-verdade. *Revista Brasileira de Biblioteconomia e Documentação, 13(*esp), 2390-2402. Recuperado de: https://rbbd.febab.org.br/rbbd/article/view/956

Telles, A. (2010). *A revolução das mídias sociais: cases, conceitos, dicas e ferramentas*. São Paulo: M. Books.

Wiener, L., Crun, C., Grady, C., & Merchant, M. (2012). To friend or not friend: The use of social-media in clinical oncology. *J Oncol Pract, 8*(2),103-6. Recuperado de: https://rbbd.febab.org.br/rbbd/article/view/956https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3457813

CAPÍTULO 11

ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA SAÚDE NA AMÉRICA LATINA

Fernanda Lise[1]
Josiele de Lima Neves[2]
Eda Schwartz[3]

1 Introdução

Em face da necessidade de instrumentos válidos em determinada cultura e idioma, observa-se o crescente desenvolvimento de estudos metodológicos de adaptação transcultural e validação na Enfermagem, considerando-se que as escalas permitem o desenvolvimento de estratégias seguras de avaliação de determinadas condições sociais e clínicas e que podem intervir na saúde dos indivíduos e suas famílias, o que contribui para a avaliação da Enfermagem.

Desse modo, para a apresentação de instrumentos de avaliação, utilizados para levantar necessidades de saúde das populações e em diferentes contextos, é necessário que o pesquisador siga o rigor científico proposto para o desenvolvimento de estudos metodológicos. Este rigor pode oferecer respostas capazes de guiar com efetividade a abordagem da Enfermagem, uma vez que, para se obter instrumentos válidos e confiáveis, é necessário cumprir as etapas reconhecidas internacionalmente, o que permitirá o alcance de resultados seguros.

---

1 Brasileira, Bacharel em Enfermagem pela Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ/2005), Especialista em Enfermagem Pediátrica pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS/2006). Mestre em ciências pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel/2015). Doutora (UFPel/2020), realizou estágio de doutorado no Exterior, mais precisamente, na Georgia Southern University e na University of Florida (2018-2019). Realizou Pós-Doutorado na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel, 2020-2022). Membro do Comitê de Práticas da International Family Nursing Association (IFNA), do subcomitê de estudos sobre saúde das famílias migrantes e ou refugiados da IFNA, da Rede Latino-Americana de Enfermagem de família, do Núcleo de Condições Crônicas e Interfaces (NUCCRIN/UFPel) e do Laboratório de Pesquisa e Intervenção com Famílias (LEPIF/UFMS). Possui experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem Pediátrica, saúde das famílias, enfermagem em nefrologia e condições crônicas de saúde e, ainda, de estudos qualitativos e metodológicos. http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4102713P6 E-mail: fernandalise@gmail.com

2 Bacharel em enfermagem pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) (2010/02). Possui especialização em Terapia Intensiva, emergência e trauma pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Moinhos de Vento (2012). Mestre em ciências pelo Programa de Pós-graduação em enfermagem (PPGEnf) da UFPel (2015). Doutoranda do Programa de Pós-graduação em enfermagem da UFPel, bolsista pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) (2018-2022). Membro do Núcleo de Condições Crônicas e Interfaces (NUCCRIN).

3 Bacharel em enfermagem pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) (1983). Mestre e doutora em enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Pós-doutorado pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) (2012). Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e do Mestrado Profissional em Saúde da Família do Departamento de Medicina Social da UFPel. Membro da *International Family Nursing Association* (IFNA) e do Núcleo de Condições Crônicas e Interfaces (NUCCRIN). edaschwa@gmail.com

Portanto, para que os resultados do processo de adaptação e validação sejam efetivos, exige-se que o pesquisador siga o método científico, composto por seis passos, sendo eles: 1) Equivalência conceitual dos itens, conceitos chave - na cultura-alvo, revisão de literatura; 2) dupla tradução (T1 e T2) e conciliação das traduções; 3) Retrotradução por dois tradutores (RT1 e RT2), conciliação das retrotraduções e consulta ao autor do instrumento original; 4) avaliação semântica, idiomática, cultural e conceitual por um comitê de especialistas e validação de conteúdo; 5) Pré-teste com a população- alvo; 6) Testes psicométricos e validação (Reichenheim, Moraes, & Hasselmann, 2000; requerendo instrumentos de aferição adaptados e vertidos para o português. O objetivo do estudo é avaliar a equivalência semântica entre o original em inglês e duas versões para o português do instrumento Abuse Assessment Screen (AASBeaton, Bombardier, Guillemin, & Ferraz, 2007).

Considera-se que, ao conhecer a produção científica sobre o processo metodológico seguido pelos pesquisadores da área da Enfermagem na América Latina, no desenvolvimento dos estudos metodológicos de adaptação e validação, será possível apresentar os avanços e limitações existentes para, assim, subsidiar melhores estratégias a quem desejar se desafiar nesse campo. Este estudo teve como objetivo conhecer o estado da arte da produção de estudos metodológicos de adaptação e validação transcultural de instrumentos de avaliação da saúde na América Latina, desenvolvidos pela Enfermagem.

2 Desenvolvimento

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura, desenvolvido pela necessidade de conhecer a produção dos estudos metodológicos de adaptação e validação de instrumentos de avaliação da saúde. Para tanto, foram seguidos os seguintes passos: 1) Identificação do tema e seleção da questão de revisão; 2) Estabelecimento de critérios de inclusão e de exclusão; 3) Identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados; 4) Categorização dos estudos selecionados; 5) Análise e interpretação; 6) Apresentação dos resultados (Mendes, Silveira, & Galvão, 2008).

Na primeira etapa, selecionou-se o tema estudos metodológicos e foi elaborada a seguinte pergunta de pesquisa: Qual é o estado da arte dos estudos metodológicos de adaptação e validação transcultural de instrumentos de avaliação da saúde na América Latina e Caribe, desenvolvidos por enfermeiros? Na segunda etapa, realizada em agosto de 2020, utilizaram-se os critérios de inclusão: estudos primários disponíveis na integra na Biblioteca Virtual em Saúde, desenvolvidos em países da América Latina, sem limite temporal, nos idiomas inglês, espanhol e português com base nos termos *Validation studies AND Psychometrics AND Latinamerica AND Nursing.*

Como resultados da combinação desses critérios e descritores foram localizados 11 estudos. Na sequência, foram repetidas as buscas com os mesmos termos, com o boleano 'AND', seguido do nome dos países da América Latina (Argentina, Brasil, Bolívia, Chile, Colômbia, Equador, Haiti, México, Paraguai, Peru, República Dominicana, Uruguai e Venezuela), da

América Central (Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua e Panamá) e do Caribe (Cuba). Obteve-se, como resultados, outros nove estudos, destes, sete foram localizados com o termo Brasil, um com Colômbia e um com México. Dentre os 20 estudos localizados, nove foram excluídos por terem sido desenvolvidos na Europa, não se tratar de estudos de adaptação transcultural e, sim, de desenvolvimento ou elaboração de escalas. Na terceira etapa foram realizadas as leituras dos títulos e resumos para seleção dos estudos que compuseram os resultados. Na quarta etapa houve a extração dos resultados em instrumento elaborado pelas autoras com informações sobre o objetivo do estudo, referencial metodológico utilizado, etapas seguidas no processo de adaptação e validação transcultural. Na quinta etapa deu-se a análise dos dados e interpretação e na sexta a apresentação dos resultados.

Os onze estudos foram desenvolvidos por enfermeiros(as) (Fini, 2010; Kolankiewicz, Domenico, Lopes, & Magnago, 2014; Almeida et al., 2015; Pace et al., 2017; Hernández & Varela, 2017; Costa et al., 2017; Nora, Zoboli, & Vieira, 2017; Paris, Montigny, & Pelloso 2017; Petersen, Tennant, Nakagawa, & Marziale, 2019; Maciel & Vargas, 2020), sendo um destes com a participação de profissionais das Faculdades de Organização Desportiva, Psicologia e Enfermagem (Enríquez-Reyna et al., 2017).

As temáticas abordadas foram: a avaliação do nível de fadiga (Fini, 2010); dos sintomas de câncer (Kolankiewicz et al., 2014); ensino-aprendizagem dos estudantes de Enfermagem com o uso de tecnologias da informação e comunicação (Almeida et al., 2015); estresse em estudantes de Enfermagem (Costa et al., 2017); autoeficácia no contexto do cuidado da pessoa com diabetes mellitus (Pace et al., 2017); distúrbios musculoesqueléticos (Petersen et al., 2019); prática do exercício físico na população idosa (Enríquez-Reyna et al., 2017); saúde da família (Hernández & Varela, 2017); sensibilidade moral de enfermeiros na Atenção Primária à Saúde do Brasil e Portugal (Nora et al., 2017); estado de luto de mulheres que tiveram óbito fetal Brasil e Canadá (Paris et al., 2017); e rastreamento para o uso de álcool na atenção primária à saúde (Maciel & Vargas, 2020).

Dez estudos foram publicados em revistas científicas do Brasil (Fini, 20; Kolankiewicz et al., 2014; Almeida et al., 2015; Costa et al., 2017; Pace et al., 2017; Petersen et al., 2019; Enríquez-Reyna et al., 2017; Nora et al., 2017; Paris et al., 2017; Maciel & Vargas, 2020), e um, na Espanha (Hernández & Varela, 2017). Os estudos tiveram como objetivos: adaptar e validar instrumentos (Fini, 2010; Almeida et al., 2015; Pace et al., 2017; Paris et al., 2017; Petersen et al., 2019); validar o de constructo do instrumento (Kolankiewicz et al., 2014; Hernández & Varela, 2017; Costa et al., 2017); validade de conteúdo e face (Enríquez-Reyna et al., 2017); validade de conteúdo (Nora et al., 2017); e validade de critério (Maciel & Vargas, 2020).

Originalmente, os instrumentos foram desenvolvidos em seis países, sendo quatro nos Estados Unidos (Kolankiewicz et al., 2014; Enríquez-Reyna et al., 2017; Paris et al., 2017; Maciel & Vargas, 2020); dois na Holanda (Fini, 2010; Pace et al., 2017); um na Inglaterra (Petersen et al., 2019); Colômbia (Hernández & Varela, 2017); Suécia (Nora et al., 2017) e; Brasil (Costa et al., 2017).

Em relação aos estudos de adaptação, destaca-se a tradução do idioma Inglês (Fini, 2010; Almeida et al., 2015; Enríquez-Reyna et al., 2017; Nora et al., 2017; Paris et al., 2017; Petersen et al., 2019; Maciel & Vargas, 2020); seguido do Holandês (Pace et al., 2017) e Português (Costa et al., 2017).

O processo de retrotradução ocorreu após avaliação de conteúdo pelos especialistas (Nora et al., 2017; Almeida et al., 2015; Petersen et al., 2019). A validade de conteúdo foi realizada com a consulta do comitê de especialistas composto por quatro enfermeiros; Almeida et al., 2015; Petersen et al., 2019; Enríquez-Reyna et al., 2017). A validação de conteúdo para uso no Brasil e Portugal, fazia parte do mesmo estudo (Nora et al., 2017) assim como para Brasil e Canadá (Paris et al., 2017). A etapa de pré-teste era realizada, de modo geral, após a retrotradução (Kolankiewicz et al., 2014; Almeida et al., 2015; Paris et al., 2017; Petersen et al., 2019). Já os estudos cujo objetivo foi desenvolver um instrumento na cultura dos autores, o pré-teste foi realizado com a população-alvo após avaliação do comitê de especialistas na avaliação do conteúdo (Hernández & Varela, 2017). Nos estudos de validação, autores realizaram a avaliação do Coeficiente de Correlação de Spearman com o objetivo de comparar os valores das variáveis no teste de validação, sendo realizada em apenas um estudo (Enríquez-Reyna et al., 2017). Quanto à validade de critério, referiram a avaliação de critério concorrente (Petersen et al., 2019; Maciel & Vargas, 2020).

Nas limitações apontadas nos estudos, destacam-se, especialmente: o número de participantes, sendo menor que 10 por item avaliado no instrumento (Almeida et al., 2015); as informações apresentadas dizem respeito a um determinado grupo populacional com sua conformação cultural, econômica, social e de atendimento pelo próprio Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, de determinada região do país (Kolankiewicz et al., 2014); o uso de uma amostragem não probabilística, que não permite explorar e generalizar os resultados da adaptação e validação do instrumento para outras amostras (Pace et al., 2017); a amostragem por conveniência e o desconhecimento de todo o universo de profissionais de Enfermagem em hospitais não permitiu conhecer a taxa de resposta do estudo, e a característica dicotômica de respostas de escala tornou difícil para alguns participantes escolher uma resposta (Petersen et al., 2019); a escassez de especialistas na área da sensibilidade moral e de estudos de validação de conteúdo na área da Atenção Primária à Saúde (Nora et al., 2017); duração do tempo de estudo pode ter influenciado o número de participantes do censo anual de mulheres com óbito fetal (Paris et al., 2017; Costa et al. 2017) sugere a validação de critério do instrumento para obter a validação total. Destaca-se, ainda, o período da coleta dos dados, nos meses iniciais do ano, após eventos festivos, nos quais as pessoas costumam ingerir álcool e, além disso, associado às respostas negativas em relação à questão-chave devido ao viés de memória dos respondentes da pesquisa (Maciel & Vargas, 2020).

Em relação ao quesito ético, nove estudos mencionaram ter recebido a aprovação do comitê de ética em pesquisa (Fini, 2010; Kolankiewicz et al., 2014; Almeida et al., 2015; Pace

et al., 2017; Petersen et al., 2019; Enríquez-Reyna et al., 2017; Nora et al., 2017; Paris et al., 2017; Maciel & Vargas, 2020).

Com o intuito de organizar a apresentação dos resultados, elaboraram-se três quadros que apresentam os processos metodológicos adotados pelos autores tanto para adaptação como para a validação. Na tabela 1 estão marcados com 'X' os passos metodológicos das publicações que descreveram a adaptação transcultural nas respectivas etapas.

A autorização do autor principal foi mencionada pela maioria dos autores que fizeram a adaptação transcultural (Almeida et al., 2015; Pace, et al., 2017; Nora et al., 2017; Paris et al., 2017). As traduções independentes foram mencionadas por todos os autores, sendo que quatro deles realizaram dupla tradução (Pace et al., 2017; Petersen et al., 2019; Nora et al., 2017; Paris et al., 2017) e dois deles ainda especificaram esta etapa; um estudo teve a tradução realizada pelas autoras e avaliada por um tradutor profissional (Fini, 2010), e outro detalhou que foi realizado por um enfermeiro brasileiro e um tradutor português (Nora et al., 2017).

Em relação ao comitê de juízes, também nomeado comitê de especialistas, na maioria das publicações estão descritas o número de participantes, nas quais identificaram-se variações nas quais um estudo contou com quatro enfermeiros (Almeida et al., 2015), quatro especialistas em saúde para equivalências semântica, idiomática, conceitual e cultural (Pace et al., 2017), cinco juízes (Petersen et al., 2019), oito profissionais (Hernández & Varela, 2017) e doze juízes (Nora et al., 2017); por fim, outro estudo mesclou os dois tradutores, os dois retrotradutores, os dois autores da pesquisa, os dois observadores (mulheres leigas que tiveram óbito fetal) e quatro enfermeiras especialistas em obstetrícia (Paris et al., 2017).

Quatro estudos descreveram a avaliação das equivalências, um realizou a análise semântica com 18 pessoas da população-alvo (Pace et al., 2017); com 18 profissionais da enfermagem (Petersen et al., 2019); com 12 profissionais (Nora et al., 2017); semântica, cultural, conceitual e coloquial da língua oficial de cada país (Paris et al., 2017).

Para o pré-teste, o número de participantes teve variações, um estudo com cinco (Fini, 2010); um com dez (Almeida et al., 2015); un con 15 (Pace et al., 2017); un con 26 (Paris et al., 2017); um com 30 (Petersen et al., 2019) e; um com 40 participantes (Hernández & Varela, 2017). Na Tabela 1, estão os passos metodológicos adotados nos estudos.

Tabela 1
Passos metodológicos adotados na adaptação transcultural

Identificação	Autorização do autor	Tradução	Consenso	Dupla Retrotradução	Consenso	Avaliação do autor	Comitê de juízes	Avaliação das equivalências	Pré-teste
Fini (2010).	_____	X	_____	X	X	X	_____	_____	X
Almeida et al. (2015).	X	X	_____	X	_____	_____	X	_____	X
Hernández e Varela (2017).	_____	_____	_____	_____	_____	_____	X	_____	X
Nora et al. (2017).	X	X	_____	_____	_____	__W___	X	X	____
Pace, et al. (2017).	X	X	X	X	X	X	_____	X	X
Paris et al. (2017).	X	X	X	X	_____	_____	_____	X	X
Petersen, et al. (2019).	_____	X	X	X	_____	_____	X	X	X

Fonte: elaboração própria (2021).

Na Tabela 2 estão dispostos os estudos de adaptação e validação, onde destacam-se os passos metodológicos adotados para a etapa de adaptação transcultural assim como os testes de validade e confiabilidade.

Tabela 2
Artigos de adaptação e validação

Identificação	Objetivo	Método para adaptação	Confiabilidade	Validade			
				De Construto		De Critério	De Conteúdo
				Análise fatorial			
Fini (2010).	Relatar o estudo de adaptação e validação da Dutch Fatigue Scale (DUFS) e da Dutch Exertion Fatigue Scale (DEFS) para o Brasil	_____	Alfa de Cronbach	_____	X	____	_____

Almeida, et al. (2015).	Traduzir e validar para língua portuguesa a escala *Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning*	——	Alfa de Chronbach	Análise fatorial exploratória -Varimax	Teste de adequação amostral (Kaiser-Meyer-Olkin) e o teste de Bartlett apresentaram bons resultados	——	X
Enríquez-Reyna et al. (2017).	Analisar e avaliar as propriedades psicométricas das subescalas que compõem a versão em espanhol da Escala de Benefícios/ Barreiras para o Exercício em uma população idosa do nordeste do México	Hambleton (1996).	Alfa de Cronbach	análise fatorial Confirmatória e exploratória -Varimax	Teste de Barlett à matriz de correlações. coeficiente KMO de adequação	——	——
Hernández e Varela (2017).	Projetar um instrumento validado que permita a avaliação da família pelo Modelo de Domínio da Taxonomia II da NANDA	Tristán López e Molgado Ramos (2007).	Alfa de Cronbach	——	Correlaciones no Paramétricas Rho de Spearman	——	X
Pace, et al. (2017).	Realizar a adaptação cultural e validação da Diabetes Management Self-efficacy Scale for Patients with Type 2 Diabetes Mellitus para uma amostra populacional brasileira.	Beaton, Bombardier, Guillemin, e Ferraz,(2000). Beaton et al. (2007).	Alfa de Cronbach	——	——	——	X

Paris, et al., (2017).	Realizar a adaptação transcultural e evidências de validação da Perinatal Grief Scale para português do Brasil e francês do Canadá.	Beaton et al. (2000).	Alfa de Cronbach	_____	_____	_____	_____
Petersen, et al. (2019).	Traduzir, adaptar e testar as propriedades psicométricas da Nurse-Work Instability Scale (Escala de Instabilidade no Trabalho de Enfermagem) em português do Brasil	Beaton et al. (2000). Beaton et al. (2007); Pasquali (1998).	Teste de Kuder-Richardson (KR-20)	_____	Correlação inversa entre o WAI e a instabilidade, e pela correlação diretamente proporcional entre o JSS e a instabilidade. Validade interna de construto pelo modelo de Rasch	X	X
Maciel e Vargas (2020).	Realizar a validação de critérios da questão chave em português para rastreamento do uso de álcool de risco entre usuários de serviços de Atenção Primária à Saúde	Guillemin (1995); Pasquali (2009).	_____	_____	_____	X	_____

Fonte: elaboração própria (2021).

Foram descritos os objetivos, os testes de validade e de confiabilidade de dois estudos (Kolankiewicz et al., 2014titled MD Anderson Symptom Inventory - core. Method: A cross--sectional study with 268 cancer patients in outpatient treatment, in the municipality of Ijuí, state of Rio Grande do Sul, Brazil. Results: The Cronbach's alpha for the MDASI general, symptoms and interferences was respectively (0.857; Costa et al., 2017) (Tabela 3).

Tabela 3
Artigos de Validação

Identificação	Objetivo	Confiabilidade	Validade	
		Consistência interna	Validade de Construto Análise fatorial	Validade de critério
Kolankiewicz, et al. (2014).	Analisar a confiabilidade e a validade das propriedades psicométricas da versão brasileira do instrumento de avaliação de sintomas, intitulado Inventário de Sintomas do M.D. Anderson – core.	Alfa de *Cronbach*	Índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) Rotação varimax	———
Costa, et al. (2017).	Validar uma versão reduzida do Instrumento de avaliação de estresse em estudantes de enfermagem, na realidade brasileira	coeficiente Alfa de Cronbach	Análise fatorial exploratória e confirmatória. Kaiser-Meier-Oklin (KMO) e Teste de Esfericidade de Bartllet	———

Fonte: elaboração própria (2021).

A caracterização dos estudos apontou que a maioria foi desenvolvida por enfermeiros, o que pode estar relacionado à necessidade de a Enfermagem em utilizar instrumentos para avaliar condições relacionadas à saúde da família (Hernández & Varela, 2017); situações crônicas, como as relacionadas ao nível de fadiga (Fini, 2010); sintomas de câncer (Kolankiewicz et al., 2014); autoeficácia no contexto do cuidado da pessoa com diabetes mellitus (Pace et al., 2017); distúrbios musculoesqueléticos (Petersen et al., 2019); estado de luto de mulheres que tiveram óbito fetal no Brasil e Canadá (Paris et al., 2017); a prevenção de agravos como as relacionadas à prática do exercício físico na população idosa (Enríquez-Reyna et al., 2017) e o rastreamento para o uso de álcool na Atenção Primária à Saúde (Maciel & Vargas, 2020).

Na área da educação, destacam-se: a formação ensino-aprendizagem dos estudantes de Enfermagem com o uso de tecnologias da informação e comunicação (Almeida et al., 2015), e o estresse em estudantes de Enfermagem (Costa et al., 2017). Na prática de enfermeiros, a sensibilidade moral de enfermeiros na Atenção Primária à Saúde do Brasil e Portugal (Nora et al., 2017). Outros motivos para o uso dos instrumentos podem ser a necessidade de avaliar outras situações e agravos à saúde com o uso de um instrumento para guiar sua intervenção por estarem apoiados em um referencial teórico consistente. Assim como por terem sido submetidos a um rigoroso processo metodológico que permite a apresentação de um instrumento confiável e seguro.

Para oferecer instrumentos válidos, os estudos tiveram como objetivo: adaptar e validar instrumentos (Fini, 2010; Almeida et al., 2015; Pace et al., 2017; Petersen et al., 2019); validar o

instrumento (Kolankiewicz et al., 2014; Hernández & Varela, 2017; Costa et al., 2017), validade de conteúdo e face (Enríquez-Reyna et al., 2017); validade de conteúdo (Nora et al., 2017); validade de critério (Maciel & Vargas, 2020). Alguns autores seguiram métodos propostos por Beaton et al. (2000) (Pace et al., 2017; Paris et al., 2017; Petersen et al., 2019); outros obedeceram às recomendações de Beaton et al. (2007) e de Pasquali (1998) (Petersen et al., 2019; López, 2007; Enríquez-Reyna et al., 2017); ainda, as etapas propostas por Guillemin et al. (1993) e Pasquali (2009) (Nora et al., 2017); também foram seguidas as etapas de Pasquali (2005) Hair, Black, Babin, Anderson e Tatham (2009) e Brown (2006) (Costa et al., 2017); um estudo, as recomendações de Guillemin (1995) e Pasquali (2009) (Maciel & Vargas, 2020).

Diante da variedade de metodologias utilizadas nos estudos, faz-se necessário destacar neste capítulo a estrutura metodológica seguindo as recomendações internacionais (Reichenheim et al., 2000; Beaton et al., 2007) para apoiar futuros estudos de adaptação cultural e validação de instrumentos de medida.

2.1 Fases do processo de adaptação transcultural

A literatura (Reichenheim et al., 2000; Beaton et al., 2007) recomenda o uso de:

a) **Equivalência conceitual dos itens, conceitos-chave na cultura-alvo, revisão de literatura**

A primeira etapa envolve a familiarização do pesquisador com o significado do constructo, também chamado de construto, a ser avaliado na cultura em que o instrumento será testado. Para isso, são seguidos três passos: I) Revisar a literatura para conhecer o significado cultural do construto avaliado para a população-alvo; II) Conhecer os conceitos-chaves de cada um dos itens do instrumento original e discutir com a equipe envolvida no estudo metodológico e especialistas sobre o tema; e III) Conhecer os conceitos-chave para a população-alvo por meio da discussão com os especialistas no tema e a população a ser testada.

b) **Dupla tradução (T1 e T2); conciliação ou síntese das traduções**

A tradução inicial do instrumento deve ser realizada, pelo menos, por dois tradutores com fluência nos dois idiomas, nativos no idioma alvo do instrumento, sendo um sem conhecimento do construto. Essas versões permitirão identificar discrepâncias em relação à versão original e/ou erros na tradução. Além disso, produzirão duas versões independentes, com destaque para dúvidas ou incertezas e a justificativa para as escolhas, as quais serão avaliadas na sequência, na conciliação realizada por um comitê de especialistas composto pelo pesquisador, especialistas na temática e ou tradutores para obter apenas uma versão no idioma-alvo.

A conciliação das traduções se trata de uma síntese das versões para avaliar as equivalências semântica, idiomática, conceitual, linguística e contextual ou experiencial. As equivalências semânticas dizem respeito à avaliação das palavras para avaliar se

apresentam mais de um significado e a existência de erros gramaticais. A equivalência idiomática, conceitual e linguística objetiva avaliar se os itens de difícil tradução foram adaptados por um termo ou expressão equivalente sem alterar o significado cultural, se o termo utilizado avalia os mesmos aspectos nas duas culturas. A equivalência contextual ou experiencial, avalia se o termo é aplicável à nova cultura, e se não for, substitui-se por outro equivalente. Esse comitê de conciliação ou síntese tem a possibilidade de propor uma nova tradução, fiel à realidade da cultura e população a que se destina o instrumento.

c) **Retrotradução por dois tradutores (RT1 e RT2) e conciliação ou síntese das retrotraduções**

A etapa de retrotradução ou back-translation diz respeito à tradução para o idioma original, ou seja, voltar à versão traduzida, consenso no idioma-alvo para o idioma no qual foi desenvolvido originalmente. Esse processo é realizado por dois tradutores que não tiveram contato com a versão original, permitindo avaliar se está refletindo o mesmo conteúdo. Nessa etapa ocorre o consenso das duas versões pelos tradutores e um comitê de especialistas.

d) **Avaliação pelo autor do instrumento, equivalências e comitê de especialista**

O autor do instrumento original pode ser consultado para avaliar se a versão retrotraduzida manteve o sentido que a versão original. O comitê de Juízes pode ser formado por especialistas nos conceitos abordados na temática em estudo. Essa etapa compreende a apreciação da versão original, a primeira versão traduzida e a retrotraduzida para avaliação semântica, idiomática, cultural e conceitual. Essa é uma importante etapa, pois a avaliação dos especialistas produzirá a versão final para o pré-teste com a população- alvo, por isso, recomenda-se que o número de especialistas seja de cinco ou sete. O uso de um número ímpar de componentes contribuirá para o empate de opiniões sobre determinado termo em avaliação. Nessa, os pesquisadores poderão usar instrumentos de avaliação que permitam quantificar as respostas dos juízes. Outros aspectos como a diagramação, tamanho e formato da letra, layout da apresentação, levando em consideração a população que se destina o instrumento como crianças e ou idosos. Apesar da recomendação dessa etapa após a retrotradução, autores referiram que a validação pelos juízes antes da retrotradução permitiu identificar possíveis erros ou dificuldades de compreensão dos itens antes de voltar para o idioma original (Pace et al., 2017; Petersen et al., 2019).

e) **Pré-teste com a população-alvo**

Essa etapa corresponde à aplicação do instrumento em uma pequena parcela da população-alvo, em torno de 30 ou 40 pessoas, para avaliar a compreensão dos termos utilizados, se esses geram alguma dúvida e se possuem erros. Para complementar, pode-se realizar avaliação quantitativa e qualitativa com a população-alvo. A fim de avaliar item por item, poderá ser usado um instrumento que permita quantificar as respostas e ainda,

entrevista sobre o significado de cada item da escala com perguntas como "Para você, qual é o significado desse item? Você compreendeu os itens? Algum item está errado?". Depois dessa avaliação, se houver mudanças, recomenda-se um segundo teste-piloto (ou quantos forem necessários) para avaliar se o instrumento está, finalmente, pronto para ser utilizado. Ainda, para adequada realização do processo, qualquer modificação realizada no instrumento precisa ser discutida com o comitê de especialistas para que não seja uma decisão apenas pelo pesquisador que foi em campo.

f) Testes psicométricos para validação do instrumento

Os testes psicométricos dizem respeito às análises de testes estatísticos que irão considerar o instrumento com validade e confiabilidade, por isso, é considerado um dos principais critérios de avaliação. Avalia-se, nessa etapa, se os domínios medem o que pretendem medir e se foram mantidas as características e desempenho semelhantes ao instrumento original. Quanto aos testes de validade, o modelo trinário, que corresponde à validade de conteúdo, construto e critério, é considerado suficiente (Pasquali, 2017).

Validade de conteúdo

A validade de conteúdo é realizada a partir de testes em uma amostra representativa, amplo estudo sobre o tema, realizado pelos especialistas na temática em análise, os quais avaliam se eles representam o conteúdo do domínio em questão (Alexandre & Coluci, 2011).

Validade de construto

A validade de construto é a forma direta de verificar a amplitude em que a medida corresponde à construção teórica (Pasquali, 2017), ou seja, uma variável operacional que representa o verdadeiro significado teórico de um conceito. Essa é considerada a forma mais complexa e difícil de ser determinada porque necessita de testes estatísticos.

Validade de critério

A validade de critério é considerada a mais importante das validades estatisticamente determinadas porque demonstra a associação com um uma medida externa independente, o que se considera o padrão-ouro na área em avaliação (Cunha, Almeida Neto, & Stackfleth, 2016). Essa pode ser concorrente ou concomitante dependendo de quando é realizada. Na validade de critério concorrente, o teste do instrumento em avaliação e o que seja considerado um padrão-ouro são aplicados à mesma oportunidade. Já na validade de critério concomitante, os instrumentos são aplicados a momentos distintos.

Análise Fatorial Exploratória (AFE)

Análise Fatorial Exploratória é um dos principais testes psicométricos usados na avaliação de grande quantidade de itens de um instrumento, usando o método e extração dos componentes principais com rotação ortogonal Varimax (Hair et al., 2009). O número de componentes é determinado pelo critério de autovalor (eigenvalue) em que apenas os fatores com autovalores > 1,0 foram considerados e, juntamente, com no mínimo 70% de variância explicada (Jolliffe, 2002). A verificação da adequação da amostra à análise fatorial pode ser avaliada pelo teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), adotando-se o valor maior que 0,80 como critério de adequação

de ajuste do modelo da análise fatorial (Kaiser, 1974). O critério de extração adotado para selecionar os itens em cada fator na matriz fatorial rotada é de que a carga do item seja > 0,30 (Dela Coleta, 1989).

Análise Fatorial Confirmatória (AFC)

A Análise Fatorial Confirmatória é utilizada no desenvolvimento de instrumentos para analisar a estrutura latente da escala por ser um método de análise que pertence aos modelos de equações estruturais – Structural Equation Models (SEM), para testar hipóteses, na qual as relações entre variáveis observadas e fatores é modelado em uma série de regressões lineares. Nessa análise, é possível reduzir uma quantidade grande de itens, os quais poderão ser observados em um número reduzido de fatores. Os fatores são as dimensões latentes (construtos), as quais explicam ou resumem o conjunto de variáveis observadas (Hair et al., 2009). Assim, é usada uma matriz de covariâncias que permite verificar os ajustes entre dados observados e um modelo hipotetizado. Para tanto, o pesquisador é guiado por uma teoria e testa em que medidas determinadas variáveis são representativas de um conceito ou dimensão.

Confiabilidade (Reliability)

A confiabilidade diz respeito à capacidade do instrumento de medir, com precisão, consistência e estabilidades, e as características do instrumento original foram mantidas, apresentando um desempenho semelhante ao original. Existem três formas de testar a confiabilidade, sendo pelo teste-reteste, as formas paralelas ou alternativas e a consistência interna, representadas pelo split-half, o alpha de cronbach e kuder-Richardson (Spearman, 1904). O teste-reteste diz respeito à aplicação do mesmo teste pelos mesmos sujeitos em ocasiões temporais diferentes. Esse teste permite avaliar a invariabilidade das respostas, contudo, nem sempre esse teste é recomendado, porque os participantes podem memorizar suas respostas e ou passar por eventos pessoais que poderão enviesar as respostas. No teste da forma paralela ou alternativa é aplicada uma versão com conteúdo semelhante à primeira com os mesmos participantes em momentos diferentes, o que permite avaliar se existe mudança nas respostas com a variação temporal, por fim, é avaliada a correlação das duas versões. A forma mais comum de avaliar a confiabilidade é pela medida da consistência interna, ou seja, pelo coeficiente Alpha (α) de Cronbach (Polit & Beck, 2006) o qual reflete o grau de covariância entre os itens do instrumento, valores abaixo de 0,70 e próximos de 0,60 são considerados satisfatórios (Bonett & Wright, 2015).

Uso de software

O uso do software na análise quantitativa dos instrumentos é usado para analisar os dados e descrever as características em análise. Os estudos referiram o uso dos seguintes programas estatísticos, Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) (Kolankiewicz et al., 2014; Enríquez-Reyna et al., 2017; Maciel & Vargas, 2020); Rasch Unidimensional Measurement Models 2030 (Petersen et al., 2019); Statistic Program R versão 3.2.3 (Petersen et al., 2019); Statistic Program R versão 3.3.0 e seu complemento Latente Variable Analysis (LAVAAN), versão 0.5-20 (Costa et al., 2017), programa estatístico Statistica (Paris et al.,

2017). Essa diversidade pode estar relacionada à familiaridade, posto que para usá-los é necessário conhecimento de seu funcionamento assim como recursos financeiros pois, nem todos são de acesso livre, dessa forma, dependem da disponibilidade do software de análise aos pesquisadores nas instituições de pesquisa e ensino.

Em síntese, os estudos mostraram que a maioria das produções foi de enfermeiros brasileiros, isso de certo modo confirma que os estudos metodológicos são incipientes, porém, não significa que não estejam sendo desenvolvidos em outros países da América Latina, pois esse resultado pode estar relacionado ao método utilizado para acessar os estudos, o que pode ser uma limitação desse estudo. Para estudos futuros, deixamos o questionamento sobre como e por quem esses instrumentos estão sendo utilizados na prática? Tendo em vista que os estudos metodológicos demandam seguir um rigoroso método científico, que exige organização para concluir cada etapa e a dedicação do pesquisador para o alcance dos objetivos. Por isso, espera-se que a Enfermagem possa fazer uso desses instrumentos na avaliação da saúde em suas práticas com famílias para o alcance da translação do conhecimento, ou seja, fazer com que os estudos produzidos na academia proporcionem avanços práticos.

3 Considerações finais

Os estudos analisados permitiram conhecer a produção latino-americana referente ao desenvolvimento de estudos metodológicos de adaptação transcultural e validação. Com base na síntese, foi possível evidenciar o uso pelos autores de um referencial metodológico no desenvolvimento dos estudos, o que demonstra o esforço em apresentar um instrumento que reflete o construto original no novo contexto com respeito às características locais e regionais. Contudo, ainda existe a necessidade de que os estudos apresentem e descrevam a sequência das etapas realizadas assim como as dificuldades e adaptações em cada uma delas.

As recomendações metodológicas apresentam contribuições para futuros estudos de adaptação transcultural e validação de instrumento com valorização das características culturais locais, tendo em vista que os países latino-americanos têm suas diferenças marcadas no idioma, costumes e práticas que precisam ser valorizadas no desenvolvimento de estudos de validação de instrumentos pela Enfermagem.

Referências

Alexandre, N. M. C., & Coluci, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medida. *Ciência e Saúde coletiva*, 16(7), 3061-8, 2011.

Almeida, R. G. dos S., Mazzo, A., Martins, J. C. A., Baptista, R. C. N., Girão, F. B., & Mendes, I. A. C. (2015). Validation to Portuguese of the scale of student satisfaction and self-confidence in learning. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *23*(6), 1007-1013. Recuperado de: https://doi.org/10.1590/0104-1169.0472.2643

Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2007). Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of the DASH &. *Institute for Work & Health*, 45.

Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measuresle. *Spine (Phila Pa 1976)*, *25*(24), 3186-3191. Recuperado de: https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014

Bonett, D. G., & Wright, T. A. (2015). Cronbach's alpha reliability: Interval estimation, hypothesis testing, and sample size planning. *Journal of Organization Behavior*, *36*(1), 3-15. Recuperado de: https://doi.org/https://doi.org/10.1002/job.1960

Brown T. (2006). *Confirmatory Factor Analysis for Applied Research* (The Guilford Press (ed.)).

Costa, A. L. S., Silva, R. M. da, Mussi, F. C., Serrano, P. M., Graziano, E. da S., & Batista, K. de M. (2017). Short version of the "instrument for assessment of stress in nursing students" in the Brazilian reality. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *25*, e2976. Recuperado de: https://doi.org/10.1590/1518-8345.2071.2976

Cunha, C.M., Almeida Neto, O.P., & Stackfleth, R. (2016). Principais métodos de avaliação psicométrica da validade de instrumentos de medida. *Revista de Atenção à Saúde*, 14(47), 75-83. Recuperado de: https://doi.org/10.13037/ras.vol14n47.3391

Dela Coleta, M. F. (1989). A medida da satisfação conjugal: Adaptação de uma escala. *Psicologia*, *18*(2), 90-112.

Enríquez-Reyna, M. C., Cruz-Castruita, R. M., Ceballos-Gurrola, O., García-Cadena, C. H., Hernández-Cortés, P. L., & Guevara-Valtier, M. C. (2017). Psychometric properties of the Exercise Benefits/Barriers scale in Mexican elderly women. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *25*. Recuperado de: https://doi.org/10.1590/1518-8345.1566.2902

Fini, A. (2010). REBEn atigue Scale e Dutch Ex ertion. *Rev Bras Enferm*, *63*(2), 216–221. Recuperado de: https://www.scielo.br/j/reben/a/YpMJSgXySVhtVYKXpS6jd9b/abstract/?lang=en

Guillemin, F. (1995). *Cross-cuttural Adaptation and Validation of Heatth Status Measures*. *5*, 61–63. Recuperado de: https://doi.org/10.3109/03009749509099285

Guillemin, Francis, Bombardier, C., & Beaton, D. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: Literature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, *46*(12), 1417–1432. Recuperado de: https://doi.org/10.1016/0895-4356(93)90142-n

Hair Jr JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, & Tatham RL. (2009). *Análise multivariada de dados* (Bookman (ed.)).

Hernández, K. del C. C., & Varela, Y. P. (2017). Instrumento de valoración familiar por el modelo de dominios de la taxonomía II de NANDA. *Enfermería Global*, *16*(1), 457–490. Recuperado de: https://doi.org/10.6018/eglobal.16.1.2227951

Jolliffe, I. (2002). *Graphical representation of data using principal components* (Springer (ed.)).

Kaiser, H. F. (1974). An index of factorial simplicity. *Psychometrika*, *39*, 31-36. https://doi.org/https://doi.org/10.1007/BF02291575

Kolankiewicz, A. C. B., de Domenico, E. B. L., Lopes, L. F. D., & Magnago, T. S. B. de S. (2014). Portuguese validation of the Symptom Inventory of the M.D. Anderson Cancer Center. *Revista Da Escola de Enfermagem*, *48*(6), 998-1003. Recuperado de: https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000700006

López, A. T. (2007). Tablas de validez. *Instituto de Evaluación e Ingeniería Avanzada*, 1–57.

Maciel, M. E. D., & Vargas, D. De. (2020). Criterion validity of the Key Question for screening at-risk alcohol use in primary healthcare. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, *54*, 1-8. Recuperado de: https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018032503553

Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. de C. P., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, *17*(4), 758-764. Recuperado de: https://doi.org/10.1590/s0104-07072008000400018

Nora, C. R. D., Zoboli, E., & Vieira, M. M. (2017). Validação por peritos: importância na tradução e adaptação de instrumentos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, *38*(3), 1–9. Recuperado de: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.64851

Pace, A. E., Gomes, L. C., Bertolin, D. C., Loureiro, H. M. A. M., Van Der Bijl, J., & Shortridge-Baggett, L. M. (2017). Adaptação e validação da diabetes management self-efficacy scale para a língua Portuguesa do Brasil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *25*. Recuperado de: https://doi.org/10.1590/1518-8345.1543.2861

Paris, G. F., Montigny, F. de, & Pelloso, S. M. (2017). Cross-Cultural Adaptation and Validation Evidence of the Perinatal Grief Scale. *Texto & Contexto - Enfermagem*, *26*(1), 1-10. Recuperado de: https://doi.org/10.1590/0104-07072017005430015

Pasquali, L. (1998). Princípios de elaboração de escalas psicológicas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, *25*(5),206-213. Recuperado de: http://mpet.ifam.edu.br/wp-content/uploads/2017/12/Principios-de-elaboracao-de-escalas-psicologicas.pdf

Pasquali, L. (2005). *Análise fatorial para pesquisadores* (Artmed (ed.)).

Pasquali, L. (2009). Psychometrics. *Revista Da Escola de Enfermagem*, *43*(1), 992-999. https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000500002

Pasquali, L. (2017). *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação* (Editora Vozes (ed.)).

Petersen, R. S., Tennant, A., Nakagawa, T. H., & Marziale, M. H. P. (2019). Translation, adaptation and validation of the nurse-work instability scale to brazilian Portuguese. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *27*. Recuperado de: https://doi.org/10.1590/1518-8345.2943.3170

Polit, D., & Beck, C. T. (2006). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem* (Artmed (ed.)).

Reichenheim, M. E., Moraes, C. L., & Hasselmann, M. H. (2000). Equivalência semântica da versão em português do instrumento Abuse Assessment Screen para rastrear a violência contra a mulher grávida. *Revista de Saúde Pública*, *34*(6), 610-616. Recuperado de: https://doi.org/10.1590/s0034-89102000000600008

Spearman C. (1904). "General Intelligence," Objectively Determined and Measured. *The American Journal of Psychology*, *15*(2), 201-292.

Tristán-López, A., & Molgado-Ramos, D. *Tablas de validez de contenido (TVC)*. San Luis Potosí: Instituto de Evaluación e Ingeniería Avanzada, SC; 2007.

Sobre os organizadores

Javier Isidro Rodríguez López

Colombiano, Enfermeiro, especialista em gestão de instituições de saúde pela Fundación Universitaria del Area Andina, mestre em gestão empresarial ambiental pela Universidade El Bosque. Atualmente bolsista Conacyt para o Doutorado em Ciências da Enfermagem da Universidade de Guanajuato. Atua como professor na Faculdade de Medicina da Universidade Antonio Nariño. Possui 17 anos de experiência em estratégias de sustentabilidade, com ênfase em hospitais verdes e educação para o desenvolvimento sustentável em diversos contextos. Há 13 anos atua como professor de Medicina, Enfermagem e Ciências Ambientais. Foi durante 5 anos coordenador nas Faculdades de Ciências da Saúde e Medicina. Atualmente é Representante Legal da Growing Up Foundation, onde lidera várias redes de enfermagem com mais de 40.000 membros em países da América Latina na iniciativa U-NursingLatAm. Palestrante em nível nacional e internacional em mais de 300 eventos científicos, além da geração de conhecimento com livros, capítulos de livros, artigos, aplicativos móveis e módulos virtuais.

Eda Schwartz

Brasileira, Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel, 1983), mestre (UFSC, 1998) e doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC, 2002). Realizou Pós-Doutorado pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP, 2012). Professora Titular da Universidade Federal de Pelotas, aposentada em serviço voluntário como docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFPel e da FURG, no Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAUDE/UFPel) e na Residência Multiprofissional em atenção Oncológica. Bolsista de produtividade em pesquisa do CNPq. Membro da *International Family Nursing Association* (IFNA) e do Núcleo de Condições Crônicas e Interfaces (NUCCRIN). Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem Médico-Cirúrgica, atuando principalmente nos seguintes temas: enfermagem, família, nefrologia e diabetes mellitus.

Fernanda Lise

Brasileira, Bacharel em Enfermagem pela Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ/2005), Especialista em Enfermagem Pediátrica pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS/2006). Mestre em ciências pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel/2015). Doutora (UFPel/2020), realizou estágio de doutorado no Exterior, na Georgia Southern University e na University of Florida (2018-2019). Realizou Pós-Doutorado na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel, 2020-2022). Membro do Comitê de Práticas da International Family Nursing Association (IFNA), do subcomitê de estudos sobre saúde das famílias migrantes e ou refugiados da IFNA, da Rede Latino-Americana de Enfermagem de família, do Núcleo de Condições Crônicas e Interfaces (NUCCRIN/UFPel) e do Laboratório de Pesquisa e Intervenção com Famílias (LEPIF/UFMS). Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em saúde das famílias e condições crônicas de saúde, estudos qualitativos e metodológicos.